Aus der Psychotherapeutischen Klinik der
Universität Düsseldorf
Direktor: Prof. Dr. Annelise Heigl-Evers

Gesundheitsverhalten und Geschlecht

Psychoanalytische Theoriebildung und empirische Studie zur geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer Dienstleistungen

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von
Benno Greve

~~1981~~
1982

UNIV.
LEIDEN

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538105_0055

Aus der Psychotherapeutischen Klinik der

Universität Düsseldorf

Direktor: Prof. Dr. Annelise Heigl-Evers

Gesundheitsverhalten und Geschlecht.

Psychoanalytische Theoriebildung und empirische Studie zur geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer Dienstleistungen.

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Benno Greve

1981

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

gez.: Prof.Dr.med. G. Arnold

Referent
gez.: Prof.Dr.med. A. Heigl-Evers

Korreferent
gez.: Prof.Dr.med. C. von Ferber

Ἐτεῇ δὲ οὐδὲν ἴσμεν· ἐν βυθῷ γὰρ ἡ ἀλήθεια.

In Wirklichkeit aber
wissen wir nichts;
denn die Wahrheit
liegt in unergründbarer Tiefe.

DEMOKRIT

Fragment B 117

INHALTSÜBERSICHT

		Seite
1.	Zusammenfassung	1
2.	Einleitung	3
2.1	Definition von Gesundheitsverhalten	3
2.2	Procedere	5
2.3	Inwiefern lohnt eine Betrachtung des "kleinen Unterschiedes"?	6
2.4	Voruntersuchungen	7
3.	Hypothesenbildung zur Geschlechtsspezifität von Gesundheitsverhalten mittels psychoanalytischer Theorien zum Geschlechtsunterschied	9
3.1	Die psychoanalytische Methode	9
3.2	FREUD's Konzept der Geschlechtsunterschiede	11
3.3	Aus dem FREUD'schen Konzept der Geschlechtsunterschiede abgeleitete Hypothesen über die Geschlechtsspezifität von Gesundheitsverhalten	18
3.4	Anderslautende analytische Theorien zum Geschlechtsunterschied	2o
3.4.1	Woher stammt das Phallusprimat?	2o
3.4.1.1	Der Penis als anal überlegenes Organ	21
3.4.1.2	Penisbesitz als narzißtischer Triumph über die Mutter	22
3.4.1.3	Weibliche "Organminderwertigkeit"	23
3.4.1.4	Männliche Dominanz durch die anale Wertskala	24
3.4.1.5	Penis zur Angstbewältigung	25
3.4.2	Penisneid als sekundäre Bildung	26
3.4.2.1	Primäre Weiblichkeit des Mädchens	27
3.4.3	Geschlechtsspezifität der frühen Mutterbeziehung	28
3.4.3.1	Mutter-Tochter	28
3.4.3.2	Mutter-Sohn	3o
3.4.4	Weiblicher Narzißmus	31
3.4.5	Natur oder Kultur: Wer ist für die Geschlechtsunterschiede verantwortlich?	32
3.4.5.1	EXKURS: Natur oder Kultur? Sozialisation geschlechtsspezifischer Erlebens- und Verhaltensweisen	33
3.5	Die feministische Position als Antithese	43
3.6	Synopsis: Psychische Geschlechtsunterschiede und ihre Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten	46

Seite

4. Empirische Studie zur Geschlechtsspezifität von Gesundheitsverhalten 49

4.1 Material und Methodik 49

4.1.1 Allgemeines

4.1.2 Stichprobenwahl und Stichprobencharakteristika 5o

4.1.3 Erhebungsformular 5o

4.1.4 Auswertung 51

4.1.5 Methodenkritik 51

4.2 Ergebnisse: Ist Gesundheitsverhalten geschlechtsspezifisch? 52

4.2.1 Altersverteilung 52

4.2.2 Anzahl der Konsultationstermine 55

4.2.3 Anzahl der Diagnosen 61

4.2.4 Umfang diagnostischer Leistungen 66

4.2.5 Umfang therapeutischer Leistungen 68

4.2.5.1 Anzahl der Rezepte 68
4.2.5.2 Anzahl rezeptierter Medikamente 71
4.2.5.3 Anzahl zusätzlich ausgehändigter Präparatemuster 73
4.2.5.4 Medikamentengebrauch und Selbstmedikation 74
4.2.5.5 Spritzenapplikationen 75
4.2.5.6 Verordnung von Arbeitsruhe 75
4.2.5.7 Anzahl der Überweisungen 78

4.2.6 Besondere Verhältnisse bei Kindern (Altersgruppe I) 79

4.2.7 Einfluß des Familienstandes 8o

4.2.8 Einschätzungen von Seiten des Arztes 8o

4.3 Diskussion 81

5. Verzeichnis der Tabellen 87

6. Verzeichnis der Abbildungen 87

7. Literaturverzeichnis 88

8. Lebenslauf

1.o ZUSAMMENFASSUNG

Gesundheitsverhalten, definiert als Summe aller auf Gesundheit und Krankheit bezogenen Motive und Entscheidungen, wird auf Geschlechtsspezifität hin untersucht. Den Anstoß dazu geben psychoanalytische Theorien über das unterschiedliche Erleben und Verhalten von Männern und Frauen.

Zunächst werden diese Theorien entwickelt und problematisiert, sodann daraus Hypothesen für die Geschlechtsspezifität von Gesundheitsverhalten abgeleitet und schließlich diese anhand einer empirischen Studie überprüft.

FREUD's Konzept des Geschlechtsunterschiedes bildet den Ausgangspunkt:

Die Theorien der anfänglichen Bisexualität, der Inexistenz von "Weiblichkeit" in den ersten Lebensjahren und der großen Bedeutung der Wahrnehmung des anatomischen Geschlechtsunterschiedes für die unterschiedliche psychosexuelle Entwicklung der Geschlechter sowie die Theorien des primären Penisneides, des primären Insuffizienzerlebens der Frau, des Phallusprimats, des Kastrationskomplexes und des Objektwechsels beim Mädchen werden expliziert. Danach hat ein Mann zum Schutze seiner psychosexuellen Integrität zeitlebens eigenen passiven Tendenzen ganz entschieden entgegenzutreten und seine Autonomie hartnäckig zu verteidigen, weswegen er nur ungern Unwohlsein zugeben, sich einem Vaterersatz passiv unterwerfen und dessen invasive Fremdbestimmung akzeptieren kann; eine Frau dagegen könne das leichter, da sie ihre passiven Strebungen nicht so umfassend verdrängen müsse und daher leichter in Krankheit und Krankenrolle regredieren könne.

Aus diesem Konzept lassen sich recht einfach einige Hypothesen zum Gesundheitsverhalten der Geschlechter gewinnen:

1. Gesundheitsverhalten ist geschlechtsspezifisch.
2. Gesundheitsorientiertes Verhalten ist bei Frauen ausgeprägter.
3. Krankheitssymptome werden von Frauen eher registriert, ernster beurteilt und eher zum Anlaß für eine Arztkonsultation genommen.
4. Frauen konsultieren öfter und eher einen Arzt.
5. Da Männer dem diagnostischen und therapeutischen Procedere mehr Widerstand entgegenbringen, kommen Frauen stärker in den Genuß solcher medizinischer Leistungen.

Es gibt aber auch wichtige anderslautende analytische Konzepte:

Die Kritik an FREUD's Thesen entzündet sich an der Frage, ob denn das Phallusprimat wirklich a priori gegeben ist. Gewiß hat der Phallus unbestreitbare Vorzüge: Er ist das anal-sadistisch überlegene Organ, er garantiert den narzißtischen Triumph über die Mutter, er ist tauglicher zur Angstbewältigung; die männliche Dominanz könnte Ergebnis einer prävalierenden analen Wertskala sein. Dennoch erweist sich der Penisneid zunehmend als sekundäre Bildung: Er dient zur Abwehr spezifisch weiblicher Angst- und Schuldgefühle.
Zunehmend wird die Bedeutung der frühen Mutterbeziehung für die Entwicklung der Geschlechtsunterschiede erkannt: Nur das Mädchen ist zu einem Objektwechsel genötigt und damit zu einer die Selbstverwirklichung behindernden Idealisierung des zweiten Objekts. Eine Autonomisierung von der Mutter gelingt dem Mädchen weit weniger; der Knabe dagegen triumphiert über die anal beherrschende Mutter, doch nur solange, als eine aktive, passivitätsverleugnende Position eingenommen wird. Auch der spezifische weibliche Narzißmus dürfte in der frühen Mutterbeziehung wurzeln, welche nur beim Sohn wirklich befriedigend und narzißtisch

UNIV. LIBRARY

stabilisierend, bei der Tochter aber stets ambivalent-versagungsvoll ist.

Wenn nun zunehmend die These FREUD's verlassen wird, psychische Geschlechtsunterschiede seien durch die Anatomie bedingt, gewinnt wieder die alte Streitfrage an Bedeutung, wer dann für sie verantwortlich ist, Natur oder Kultur? Angeborene psychische Unterschiede sind in summa eher unbedeutend, obgleich biologische Unterschiede fast sämtliche Funktionen des Menschen betreffen und obgleich eine kybernetische Betrachtung hinter den Geschlechtsunterschieden einen wichtigen evolutionistischen, biologischen Sinn erkennt: Weibliche Wesen seien der widerstandsfähigere, stabilisierende Teil, männliche Wesen der anfälligere, qualitätsvariierende und damit eine neue Anpassung gewährleistende Teil des biologischen Systems einer Art.
Wichtiger für die Entstehung der psychischen Geschlechtsunterschiede aber dürften Sozialisationsprozesse sein: Von Geburt an begegnet die Umwelt jeder Person geschlechtsspezifisch. Dabei zeigen ethnologische Untersuchungen, daß männlich und weiblich kulturell verschieden definiert sind, dennoch aber universelle Herrschaftsstrukturen stabilisieren.

Von feministischer Seite wird besonders der unnatürliche Charakter der psychischen Unterschiede betont: Viel Gewalt brauche es, in jeder Generation die Menschen neu in aufgezwungene Geschlechtsrollen zu drängen, die eine Frau als bloßes Anhängsel des Mannes und nicht als eigenständige Person definierten.

In der "Synopsis" ist die persönliche Ansicht des Autors zu den psychischen Geschlechtsunterschieden, ihrer Herkunft und ihrer Veränderlichkeit formuliert: Die momentanen Unterschiede scheinen unabdingbar an die bislang leider kaum beachtete Voraussetzung gebunden, daß mit der Mutter seit Jahrtausenden eine Frau die erste Bezugsperson eines Säuglings ist; diese Voraussetzung dürfte aber heute schon wegen der Flaschenmilchnahrung nicht mehr anthropologisch konstant sein!

Von all diesen theoretischen Ansätzen aber bleiben die ursprünglich aus dem Konzept FREUD's gewonnenen Hypothesen zum Gesundheitsverhalten unberührt.

Eine empirische Studie über geschlechtsspezifisches Inanspruchnahmeverhalten gegenüber allgemeinmedizinischen Dienstleistungen eines niedergelassenen praktischen Arztes in Düsseldorf bestätigt in Verbindung mit vergleichsweise herangezogenen Teilergebnissen anderer Arbeiten recht eindeutig die obigen Hypothesen:

Gesundheitsverhalten ist geschlechtsspezifisch. Obgleich Männer objektiv stärker der ärztlichen Hilfe bedürfen, ist das Gesundheitsverhalten der Frauen besser: Frauen zeigen mehr gesundheitsorientiertes Verhalten. Frauen zeigen besseres Konsultationsverhalten, sie können sich Unwohlsein eher eingestehen, sie suchen eher und öfter einen Arzt auf. Frauen haben eine stabilere und intensivere Beziehung zum Arzt. Da Männer tendenziell die Behandlungsdauer möglichst kurz halten wollen, werden bei ihnen weniger Diagnosen gestellt. Frauen kommen stärker in den Genuß diagnostischer (mehr Laboruntersuchungen/Blutdruckmessungen) und therapeutischer Leistungen (mehr Rezepte/Medikamente/Arbeitsruhetage/Überweisungen).

Diese Unterschiede entsprechen nicht dem ontologischen "Wesen" der Geschlechter, sie sind aber dennoch nicht zu leugnende soziale Realität.
Die Vorteile des besseren Gesundheitsverhalten bei Frauen werden diskutiert, ebenso die Möglichkeiten, wie sich das Verhalten der Männer diesem Level angleichen könnte.

2.0 EINLEITUNG

Schon lange ist bekannt, daß das Geschlecht die Lebenserwartung, die Krankheits- und Mortalitätsraten eines Menschen entscheidend mit beeinflußt: Frauen leben länger, ihre Gesundheit ist in allen Altersstufen weniger gefährdet als die der Männer.
Hat aber das Geschlecht eines Menschen zudem auch meßbaren Einfluß auf sein Gesundheitsverhalten?
Psychoanalytische Forschungsergebnisse über die Geschlechtsspezifität von Erlebens- und Verhaltensstrukturen lassen dies vermuten; aus diesen Erkenntnissen lassen sich einige Hypothesen ableiten, wonach Gesundheitsverhalten folgendermaßen geschlechtsspezifisch sein dürfte:

- Gesundheitsorientiertes Verhalten ist bei Frauen stärker ausgeprägt.
- Eine Frau nimmt Symptome eher wahr, eher ernst, eher zum Anlaß für einen Arztbesuch.
- Eine Frau geht öfter zum Arzt.
- Eine Frau kann Krankheit leichter akzeptieren.
- Eine Frau hat eine tragfähigere und vertrauensvollere Beziehung zum Arzt.
- Eine Frau kommt stärker in den Genuß diagnostischer und therapeutischer Leistungen.

Bevor nun die psychoanalytischen Theorien zum Geschlechtsunterschied entwickelt und diese Hypothesen daraus abgeleitet werden, um hernach deren Richtigkeit mittels einer empirischen Studie zu überprüfen, ist zunächst zu definieren, was unter "Gesundheitsverhalten" verstanden wird und welchen medizinischen Stellenwert "Gesundheitsverhalten" hat.

2.1 Definition von "Gesundheitsverhalten"

In der Literatur findet sich kein Konsens, ob der Terminus "Gesundheitsverhalten enger oder weiter gefaßt werden soll:

> Bezeichnet er lediglich Einstellungen und Verhaltensweisen, die beim Fehlen (!) von Krankheitssymptomatik auf Erhaltung von Gesundheit und Vermeidung von Krankheit gerichtet sind? Subsummiert er nur "gesunde Lebensweise" und Präventionsmaßnahmen (HENDEL-KRAMER/SIEGRIST 1979) ? Meint er ausschließlich Vermeidung von Risiken und gesundheitliche Ertüchtigung (v.FERBER 1979) ?
> Oder umfaßt "Gesundheitsverhalten" als medizinsoziologische Konstruktion den gesamten, auf Gesundheit und Krankheit bezogenen Komplex von Motiven und Handlungen (PFLANZ 1967) ? Impliziert es also auch "Krankheitsverhalten" und "Inanspruchnahmeverhalten" medizinischer Institutionen?

Für die Belange dieser Dissertation scheint es zweckmäßig, unter

"Gesundheitsverhalten" nicht nur den präventiven Aspekt (SIEGRIST 1977) zu fassen, sondern eben auch die Reaktion auf Krankheitsanzeichen miteinzubeziehen, zumal dies den "Primärerfahrungen des Menschen" näherzukommen (PFLANZ 1979) scheint. Unter "Gesundheitsverhalten" sollen also sowohl Verhaltensweisen zur Gesundheitsförderung, -vorsorge und zur Risikoverminderung als auch alle Reaktionen auf Krankheitszeichen, insbesondere das Inanspruchnahmeverhalten medizinischer Dienstleistungen, verstanden werden.

Welchen medizinischen Stellenwert haben solche Verhaltensweisen? Lohnt deren wissenschaftliche Untersuchung?
Ihr Stellenwert ist sehr groß: Durch sie können der Krankheitseintritt verhindert oder aber provoziert und ebenso die Annahme der Patientenrolle erleichtert oder erschwert werden (vgl. v.FERBER 1979). Die Bereitschaft zur Arztkonsultation und zur kooperativen Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung ist keineswegs frei von subjektiven Einflüssen,

> bestimmen doch Beschwerden und Symptome das Gesundheitsverhalten nicht allein, ziehen doch auch schwere objektive Befunde nicht notwendig rechtzeitiges und medizinisch wünschenswertes Handeln nach sich (PFLANZ 1967), wurde doch längst die Unrichtigkeit der Annahme nachgewiesen, schwere Symptome führten mehr oder weniger jeden Menschen zum Arzt und zu einem stärker gesundheitsorientiertem Verhalten (PFLANZ et al. 1966).
> Patient und Nicht-Patient sind eben nicht unbedingt durch Vorhandensein oder Fehlen von Symptomen unterschieden (STOECKLE 1963). Zahlreiche individuelle und soziale Variablen spielen eine Rolle. Krankheit ist stark durch die Individualität des Menschen geprägt: Die Krankheitsbereitschaft, die Art der Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheit, das Erleben dieser Krankheit sowie die daraus erwachsenden wichtigen Auswirkungen auf Symptomatologie und Möglichkeiten therapeutischer Einflußnahme (SIEGENTHALER/JENNY 1980). Die Erlebnisse des Subjekts "Patient" gehören also unmittelbar zum Wesen der Krankheit (v.WEIZSÄCKER 1955).
> Denn Krankheiten entstehen, wenn das Individuum in Situationen gerät, die es mit seinem biologischen Potential (Konstitution, phylogenetisches Erbe, genetische Ausstattung) und seiner spezifischen Disposition (ontologische Entwicklung der Objektbeziehungen und der Libidoorganisation, subjektives Erleben) nicht adaptiv bewältigen kann (UEXKÜLL/WESIACK 1979).

Deshalb verdient das Gesundheitsverhalten des sprachbegabten, interaktionsfähigen und seelisch verarbeitenden Menschen große Beachtung, kann doch Krankheit eben nicht als mit naturwissenschaftlichen Kategorien hinreichend erfaßbarer, beziehungslos zum Individuum stehender, schicksalhafter Einbruch begriffen werden (vgl. MITSCHERLICH M. 1979).

Wodurch ist Gesundheitsverhalten bestimmt?
Es scheint "vorwiegend im emotionalen Bereich verankert und eher von unbewußten Motiven und irrationalen Entscheidungen als von rationalen

Überlegungen abhängig" (PFLANZ 1967), allerdings stets auf dem Hintergrund sozialer und kultureller Gegebenheiten, normativer Aspekte und gesellschaftlicher Erwartungen (HENDEL-KRAMER/SIEGRIST 1979).

Andere Autoren dagegen kritisieren eine solche Ansicht, weil durch sie das "Opfer" zum "Schuldigen" gemacht werde und die Ursache für alle Mißstände im Verantwortungsbereich des doch ausgeliefert scheinenden Einzelnen statt in gesellschaftlichen Strukturen gesucht werde. V.FERBER (1975) etwa sieht das Gesundheitsverhalten hauptsächlich durch strukturelle Momente festgelegt, so daß Verhaltensänderungen nur durch Strukturänderungen möglich seien.

2.2 Procedere

Welchem modus procedendi wird diese Dissertation folgen?
Wie bereits bemerkt, bestärkt das Studium psychoanalytischer Theorien zum Geschlechtsunterschied die Vermutung, das Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen müsse recht unterschiedlich sein. Um dieser Frage nachzugehen, setzt sich die Arbeit folgende Ziele:
Zunächst soll der Versuch unternommen werden, die wichtigsten psychoanalytischen Theorien zum geschlechtsspezifischen Erleben und Verhalten zu entwickeln, um aus diesen Konzepten einige Hypothesen zur Geschlechtsspezifität von Gesundheitsverhalten abzuleiten. Dabei sollen auch kritische Stimmen wie die Feministin Alice Schwarzer zu Wort kommen; ebenso sollen in kurzen Anmerkungen Biologie und Psychologie nach deren Beiträgen zum geschlechtsspezifischen Verhalten befragt werden; auch soll unter dem Motto "Natur oder Kultur" in einem Exkurs die alte Streitfrage nach der Herkunft der heute feststellbaren Geschlechtsunterschiede in kurzer, prägnanter Form neu aufgeworfen werden.
In einer "Synopsis" soll schließlich die eigene Ansicht zur Herkunft der Geschlechtsunterschiede in Erleben und Verhalten vorgetragen werden.

Im zweiten Teil der Arbeit werden dann die Hypothesen anhand einer empirischen Studie einer Überprüfung unterzogen: Am Inanspruchnahmeverhalten Düsseldorfer Bürger gegenüber einer allgemeinmedizinischen Arztpraxis sollen exemplarisch meßbare Auswirkungen der Geschlechtsspezifität von Gesundheitsverhalten erfaßt und diese Ergebnisse denen anderer Untersuchungen gegenübergestellt werden.
Die erhobenen Daten sollen im einzelnen zur Klärung der Fragen beitragen, ob das Geschlecht wichtigen Einfluß auf Konsultationsverhalten, Qualität der Arzt-Patient-Beziehung und Umfang der dem Patienten entgegengebrachten diagnostischen und therapeutischen Leistungen hat oder nicht hat, ob also Gesundheitsverhalten entsprechend den Hypothesen wirklich geschlechtsspezifisch ist oder nicht.

2.3 Inwiefern lohnt eine Betrachtung des "kleinen Unterschiedes"?

Das Geschlecht des Menschen ist eine seiner zentralen Bestimmungen. Aus psychoanalytischer Sicht beeinflußt das Gegenüber "männlich-weiblich" wie kein anderer Gegensatz die Lebensgestaltung des Menschen (FREUD 1905,V,120), so daß etwa für therapeutische Gruppen hinsichtlich der Geschlechtszugehörigkeit der Patienten das Gebot einer heterogenen Zusammensetzung besteht (HEIGL,F. 1968). Folgen wir den Feministinnen, so bestimmt nichts, "weder Rasse noch Klasse" so sehr ein Menschenleben wie das Geschlecht, obgleich Männlichkeit und Weiblichkeit nicht Werk der Natur, sondern der Kultur und des gesellschaftlichen Zwangs seien (SCHWARZER 1977). Für den Philosophen FEUERBACH ist der Geschlechtsunterschied ein Mark und Bein durchdringender, allgegenwärtiger und unendlicher Unterschied. Nach SCHELSKY (1968) wird die biologische Gegebenheit der Zweigeschlechtlichkeit zum fundamentalen Gestaltungsprinzip aller Bereiche kulturellen und sozialen Lebens. Jede einzelne menschliche Zelle trägt den Stempel ihres Geschlechts (TERMAN/TYLER 1963). So beschreibt auch der Internist BÜRGER (1958) Mann und Frau als bis in die letzte Zelle, bis zum Kern ihrer somatischen Gestaltung seelisch, geistig und körperlich verschiedengeartete Wesen, different in Bau, Struktur und Funktion.

> Der Sexualdimorphismus betrifft das Karyogramm einer jeden menschlichen Zelle: Der Mann besitzt XY, die Frau XX als Gonosomenpaar; 1953 wurde erstmals das Geschlechtschromatin, ein "Barr-Körperchen" genannter Teil des konstitutiven Heterochromatins weiblicher Interphasekerne, als typischer zellulärer Geschlechtsunterschied nachgewiesen, 1954 wurden auch die "drumsticks" in segmentierten Granulocyten als ebensolches Sex-Chromatin erkannt. (MOORE/BARR 1953; DAVIDSOHN/SMITH 1954; GEDIGK/TOTOVIĆ 1977).

Alle Lebensäußerungen, auch die Reaktionen auf krankmachende Faktoren, sind vom Geschlecht geprägt (SIEGENTHALER/JENNY 1980).

> Das Geschlecht ist Dispositionsfaktor - krankheitsfördernd wie -mindernd. Zu jedem Symptom und jeder Krankheitseinheit kann eine geschlechtsspezifische Häufigkeitsrate bestimmt werden, ein sog. nosologischer Sexualquotient; dieser ist jedoch kein konstanter Wert, ist er doch von zu verschiedenen Variablen abhängig; dennoch ist er von heuristischem Wert: Er erfaßt deskriptiv den status quo, ohne allerdings Hinweise darauf geben zu können, ob jeweils physikalische, sozioökonomische oder seelische Faktoren für die Geschlechtsspezifität der Morbiditätsziffern verantwortlich sind.
> Frauen leiden z.Zt. weitaus häufiger als Männer an Kopfschmerzen, Depressionen, hysterischen Zügen, "vegetativer Dystonie", Obstipation, Anorexia nervosa, Hypertonie, Thrombosen, Embolien, Varikosis, Affektionen der Gallenblase, der Schilddrüse, der Harn- und Geschlechtsorgane, Enteritis, Arthritis, PCP, Lupus E., chronisch aggressiver Hepatitis, Meningeomen sowie tetanischen Symptomen.

Männer leiden dagegen momentan weit häufiger im Kindesalter an Verhaltensstörungen, Psychosen, verzögerter Sprachentwicklung, Tics, Jactationen, Enkopresis, Legasthenie, frühkindlicher Hirnschädigung, im Erwachsenenalter an Alkoholsucht, Zwangsneurosen, Unfallfolgen, Infekten, Leberzirrhose, frühzeitiger Koronarer Herzkrankheit, respiratorischen Erkrankungen, Ulcera, Gastrits, Hernien, Gicht, Mb. Bechterew, Mb. Reiter, Hämochromatose, ALS u.a.; maligne Neoplasmen finden sich häufiger bei Männern mit Ausnahme der Genital-, Mamma-, Schilddrüsen- und Gallenblasen-Karzinome; Frauen tendieren öfter zu Selbstmordversuchen, Männer sterben öfter durch Selbstmord. (SIEGENTHALER/JENNY 1980; EDER 1977; STATIST.BUNDESAMT 1966/80; SCHÜLER/AUGUSTIN 1974; BRÄHLER et al. 1979; LEWIS/LEWIS 1977; DRÖMANN 1976; NISSEN 1977; GERZ 1953; BRÄUTIGAM 1975; BAUER 1976; CHRISTIAN 1976; BÜRGER 1958; FREUD 1896,I,377-460).

Alles in allem erweist sich somit das Geschlecht als eine zentrale Determinante des Menschseins, höchst bedeutsam für die somatisch-physiologische, die psychologische und die sozioökonomische Realität des Menschen.

So lohnt es auch, den Einfluß des Geschlechts auf das Gesundheitsverhalten zu bestimmen. Eine solche Untersuchung hat den Nutzen, Prognosen zu ermöglichen, soziale Ungleichheit zu erkennen und einzuschätzen und später die Erkenntnisse in politische bzw. aufklärerische Arbeit, organisatorische Neuerungen etc. umsetzen zu können (vgl. SIEGRIST 1977; HENDEL-KRAMER 1979).

2.4 Voruntersuchungen

In der psychoanalytischen Literatur findet sich meines Wissens nirgends ungeachtet einer Fülle von Arbeiten über Geschlechtsunterschiede der Versuch, auch Gesundheitsverhalten auf Geschlechtsspezifität hin zu untersuchen. Die Grundlagen für solche Betrachtungen scheinen gleichwohl vorhanden. Auf diese wird das Vorhaben fußen, analytische Hypothesen zum geschlechtsspezifischen Gesundheitsverhalten zu entwickeln.

Bislang vorliegende medizinsoziologische Untersuchungen haben sich der Geschlechtsspezifität von Gesundheitsverhalten meist nur am Rande gewidmet; Ergebnisse diesbezüglich sind zumeist Nebenprodukte einer auf ganz andere Fragestellungen abzielenden Forschung; entsprechend wird dieses Thema nur selten eingehender diskutiert.

Dennoch kann eine Durchsicht der Literatur bedeutsame Daten und Feststellungen sammeln: Diese nun sprechen mehrheitlich für die Annahme, das Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen unterscheide sich in mancherlei Hinsicht.

So berichten PFLANZ et al. (1966) von einem geschlechtsspezifischen Konsultationsverhalten: In den USA suche z.Zt. ein männlicher Patient durchschnittlich 4mal, eine Patientin dagegen 6mal im Beobachtungszeitraum einen Arzt auf. Die VERDENSTUDIE, eine medizinsoziologische Untersuchung von 13 Allgemeinpraxen in Niedersachsen, findet unter 1oo Patienten 57.3 Frauen (1977). Nach NIEHOFF (1976) werden in der DDR 67.5 %, nach RADOSCHEWSKI (1974) 57.8 % aller Konsultationen von Frauen vorgenommen. In der Bundesrepublik machten 1966 Frauen bei den Personen in regelmäßiger Behandlung immerhin 62 % aus (STATIST.BUNDESAMT 1966). In Finnland sind ca. 57 % der Allgemeinarztkonsultationen durch Frauen bedingt (NYMAN/KALIMO 1973). KOHN und WHITE fassen als Ergebnis ihrer international vergleichenden Studie über "health care" zusammen:

> "sex specific rates generally show higher rates of physican use among women then men" - "female rates are consistently higher". (KOHN/WHITE 1976)

Geschlechtsspezifisch scheint auch die Beteiligung an Vorsorgeuntersuchungen zu sein: Gegenüber etwa 35 % der Frauen sind dazu nur ca. 17 % der Männer zu bewegen (BUNDESMINISTER f.J.F.G. 198o). Bereits die Selbsteinschätzung der Gesundheit scheint geschlechtsspezifisch: In der DDR bezeichnen 25.5 % der Frauen, aber nur 18.5 % der Männer ihr Befinden als beeinträchtigt (KIEHL 1974), "sehr gut" nennen in der Bundesrepublik nur 4o % der Frauen ihren Gesundheitszustand gegenüber 48 % der Männer (BUNDESMINISTER f.J.F.G. 198o). Auch von diagnostischen und therapeutischen Leistungen profitieren die Geschlechter anscheinend nicht gleichermaßen, wie einzelne Ergebnisse etwa von KOHN und WHITE (1976) oder von LEWIS und LEWIS (1977) vermuten lassen.

Andere Autoren dagegen relativieren solche Aussagen. HENDÉL-KRAMER und SIEGRIST (1979) etwa stellen fest, ausgeprägte Unterschiede im Krankheitsverhalten von Männern und Frauen existierten nicht; andererseits können sie jedoch bestätigen, daß Männer durchaus seltener als medizinisch notwenig zum Arzt gingen und daß Frauen einen höheren medizinischen Informationsstand hätten, sich gesundheitsbewußter ernährten und sich häufiger Medikamente kauften. PFLANZ et al. stellen fest (1966), Frauen seien wesentlich weniger gesundheitsorientiert als Männer, da nur 27 % von ihnen gegenüber 48 % bei den Männern die Frage bejahten, ob sie etwas für die Gesundheit täten.

> Dieser These kann allerdings entgegengehalten werden, daß die hier befragten Männer möglicherweise viel weniger Tun für die Gesundheit für ausreichend halten als die Frauen; denn wird untersucht, was tatsächlich getan wird, so sind es stets die Frauen, die voraus sind.

Wird das Gesundheitsverhalten der Frauen mit dem der Männer verglichen, so ergibt sich ein meist fälschlicherweise vernachlässigtes methodisches Problem (Anregungen hierzu durch v.FERBER): Die Geschlechtsproportionen können deswegen nicht ohneweiteres gegenübergestellt werden, weil Männer und Frauen keineswegs zwei homogene, äquivalente Gruppen bilden - zum einen leben viel mehr Frauen als Männer, infolge ihrer höheren Lebenserwartung und eines kriegsbedingten Überschusses,insbesondere in den älteren Jahrgängen, zum anderen hat dies zur Folge, daß eine Frau im Durchschnitt älter ist und damit im Mittel andere, meist schwerwiegendere Krankheiten sie zum Arzt führen. Eine größere Tendenz der Frauen zur Inanspruchnahme medizinischer Institutionen findet somit eine ganz einfache Erklärung.
Die empirische Studie wird daher neben der Betrachtung der Gesamtverhältnisse besonderen Wert darauf legen, zwei einigermaßen äquivalente und vergleichbare Kollektive von Männern und Frauen zu bilden, um wirklich zutreffende Aussagen zur Geschlechtsspezifität von Gesundheitsverhalten treffen zu können.

3.0 HYPOTHESENBILDUNG ZUR GESCHLECHTSSPEZIFITÄT VON GESUNDHEITSVERHALTEN MITTELS PSYCHOANALYTISCHER THEORIEN ZUM GESCHLECHTSUNTERSCHIED

3.1 Die psychoanalytische Methode

"Psychoanalyse", eine Wortschöpfung von FREUD (1896,I,379), bezeichnet ein Verfahren zur Untersuchung sonst kaum zugänglicher seelischer Vorgänge, darüberhinaus einen hierauf gegründeten Therapiemodus seelischer, insbesondere neurotischer Störungen und schließlich eine aus hierbei mittlerweile erlangten psychologischen Einsichten erwachsene wissenschaftliche Disziplin (FREUD 1923,XIII,211); Psychoanalyse ist somit zugleich klinische Beobachtungsmethode, psychotherapeutisches Verfahren und wissenschaftliche Theorie (REDLICH/FREEDMAN 197o); wie viele andere Wissenschaften leitete die Analyse aus ihren Beobachtungsdaten gewisse Theorien zur Systematisierung und Erklärung dieser Daten ab;in diesem Falle Theorien über Funktionsweise und Entwicklung der Psyche. Da diese Theorien keinesfalls auf Psychopathologisches beschränkt sind, sondern gleichermaßen die "normale" Psyche beschreiben, entstand im Laufe der Zeit eine psychoanalytische Anthropologie, quasi eine Metapsychologie, ein theoretisches Instrumentarium, im Sinne einer allgemeinen Psychologie: Sie umfaßt etwa eine Theorie der Libidoentwicklung, der Objektbeziehungen sowie eine Theorie der psychischen Organisation, z.B. das topographische

Instanzenmodell (Bewußtes-Vorbewußtes-Unbewußtes) und das spätere Strukturmodell (Es-Ich-Überich).

Vorallem interessieren die Psychoanalyse unbewußte Vorgänge, deren Psychodynamik das bewußte Erleben und das so viel leichter meßbare Verhalten weitgehend bestimmt, Vorgänge, welche als unbewußte Motivationalität wirksam werden. Alle menschlichen Erlebens- und Verhaltensweisen können auf unbewußte Motive hin analysiert werden, ebenso kulturelle Gegebenheiten; FREUD schränkt allerdings ein, damit sei die Analyse nicht etwa eine Weltanschauung oder ein geschlossenes philosophisches System (1933,XV,171/197; vgl. 1919,XII,184ff).

Auch Gesundheitsverhalten hat einen unbewußten motivationalen Hintergrund (PFLANZ 1967): Dieser ist der analytischen Methode zugänglich.

In welch hohem Maße ist Gesundheitsverhalten irrational: Schwerkranke wollen nicht behandelt werden, wachsende Brustknoten werden wider besseres Wissen ignoriert, Gesundheitsrisiken wie Alkohol- und Nikotinabusus werden bagatellisiert, ärztliche Ratschläge und Anordnungen nicht befolgt (vgl. RÖHLIG 1981); ist solche Irrationalität der Lebensführung unerklärlich oder ist sie Ergebnis struktureller Momente und gesellschaftlicher Normen? Die Psychoanalyse erkennt hinter der Irrationalität unbewußte Motive, folgerichtig ablaufende Kausalprozesse. Zu einem Großteil ist das Irrationale eine aktive, möglicherweise neurotische Leistung des Individuums, eine (wenn auch unteroptimale) Leistung im Sinne einer Konfliktbewältigung. Nur weil die meisten psychischen Prozesse unbewußt abzulaufen scheinen, erweckt das Verhalten den Eindruck einer Diskontinuität; letztlich aber ist Verhalten doch Ausdruck einer (wenn auch unbewußten) Kausalkette.

> Vielen erscheint die Psychoanalyse, insbesondere die These der eminenten Bedeutung des Sexuellen, befremdlich; der oft erhobene Vorwurf des Pansexualismus, alles seelische Geschehen von Sexuellem abzuleiten, gründet sich nach FREUD jedoch auf ungenügende Information und affektive Widerstände: Stets habe die Analyse Sexual- und Ichtriebe unterschieden und Neurosen sogar aus einem Konflikt derselben abgeleitet; auch diene die Bewußtmachung verdrängter Sexualimpulse nicht einem unkontrollierten Ausleben, sondern einer besseren Beherrschung derselben; auch sei "sexuell" nicht gleichzusetzen mit "genital". Schließlich sei die oft geäußerte Befürchtung, die höchsten Güter der Menschheit und moralisches Empfinden verlören an Wert, wenn die Analyse deren Herkunft von elementaren Triebregungen nachweise, doch fragwürdig (FREUD 1923,XIII,227f).
>
> FREUD widerspricht nachdrücklich der gängigen Meinung, die Jugendzeit verlaufe bis zur Pubertät asexuell; die infantile Sexualität sei außerordentlich wichtig innerhalb der Entwicklung: Sie meine weniger genitale Bedürfnisse als vielmehr alle lustspendenden Vorgänge und Wünsche, die nicht unmittelbar und ausschließlich auf physiologische Bedürfnisse reduzierbar sind; so sei der Genuß bei der Nahrungsaufnahme der oralen Sexualität zuzuordnen, welche von einer analen, urethralen, phallischen und genitalen unterscheidbar sei (FREUD 19o5,V,33ff/132ff).

> Der zentrale Stellenwert der infantilen Sexualität wird deutlich, wenn neurotische Symptome als modifizierte sexuelle Wunscherfüllung interpretiert werden, als sexuelle Impulse, die zur Erfüllung drängen, dabei jedoch mit den Abwehrmaßnahmen des Ich in Konflikt geraten, mit diesen einen unteroptimalen Kompromiß finden und dann entstellt als Verhaltensäußerung beobachtbar werden; die sexuellen Triebe erfahren dabei Veränderungen hinsichtlich Objekt, Ziel und Intensität, es kommt zur Regression zu bereits aufgegebenen Triebzielen (WAELDER 1963,1o1f; FREUD 19o6,V,155).

Die "Einsicht in die für das ganze weitere Leben entscheidende Bedeutung der frühkindlichen Eindrücke, Erlebnisse und Konflikte" und "die Erkenntnis von der formbildenden Kraft frühen Erlebens für die Fähigkeit und die Art der Verarbeitung späteren Erlebens" bezeichnet Karen HORNEY (1933) als FREUDS "bahnbrechendsten Entdeckungen". Auch zur Theoriebildung zum Geschlechtsunterschied gilt der frühkindlichen psychosexuellen Entwicklung besonderes Augenmerk. Da "alle Erkrankungen des Menschen ebenso wie sein ganzes Leben unter dem Einfluß eines Unbewußten stehen und (...) in diesem Einfluß sich stets die Sexualität zum mindesten nachweisen läßt" (GRODDECK 1917), wird die Betrachtung des psychosexuellen Entwicklungsprozesses Aufschluß über die Geschlechtsspezifität von Gesundheitsverhalten und Krankheitsdisposition geben.

> In soziologischer Diktion: "Die primäre Sozialisation scheint für die Ausformung innerer Bewältigungspotentiale in Konflikt- und Belastungssituationen von entscheidender Bedeutung zu sein" (SIEGRIST 1977).

Nachdrücklich betont FREUD den empirisch-wissenschaftlichen Charakter der Analyse: Stets mit Raum für bessere Einsichten taste sie sich an der Erfahrung weiter, immer unfertig, stets bereit zur Abänderung ihrer Lehren (1923,XIII,229). Dieses Moment der Unfertigkeit und lediglich vorläufigen Gültigkeit betont FREUD insbesondere hinsichtlich seines Konzeptes der Weiblichkeit: Nie behauptete er, diese Problematik ganz erfaßt zu haben, im Gegenteil bezeichnet er das Problem der Weiblichkeit als "schwarzen Kontinent" und betont den fragmentarischen Charakter seines Konzepts (1933,XV,145).

Dies ist wohl mit ein Grund dafür, daß FREUD's Konzept in der analytischen Literatur so ausgesprochen kontrovers diskutiert wurde; leider wird bis heute eine umfassende fruchtbare Gegenüberstellung der Thesen und deren Synthese vermißt.

3.2 FREUD's Konzept der Geschlechtsunterschiede

Ursprünglich hatte FREUD einen weitgehenden Parallelismus der Sexualentwicklung beider Geschlechter vermutet, diese Ansicht jedoch bald revidiert; später bezeichnet er den psychischen Geschlechtsunterschied als ein

Zentralthema der Analyse überhaupt, werde doch stets als erste Unterscheidung das Geschlecht des Gegenüber festgestellt, wenn man einem Menschen begegne: Jede Interaktion sei von Anfang an geschlechtsspezifisch getönt (FREUD 1933,XV,120).

Für die ersten Lebensjahre nimmt FREUD eine psychische Bisexualität an, Geschlechtsdifferenzen seien noch unbedeutend bis in die phallische Entwicklungsphase hinein (loc.cit.,125).

> Auch im späteren Leben spiele die Bisexualität eine wichtige Rolle, besäßen doch alle Menschen eine Mischung aus "männlichen" und "weiblichen" Charakterzügen (FREUD 1905,V,121; 1925,XIV,26f), weswegen auch Aktivität mit Männlichkeit und Passivität mit Weiblichkeit nicht identisch, sondern höchstens äquivalent seien (1915,X,227); die Bisexualität mache sich oft in Träumen bemerkbar, etwa wenn dort die Geschlechtsidentität umschlage und sich der Träumer als dem anderen Geschlecht zugehörig erlebe (1900,II/III,364/401).
> Für diese "im Bewußtsein verborgene gegengeschlechtliche Persönlichkeit" schlägt C.G.JUNG (1921;1978) die Bezeichnung "anima" für den Mann und "animus" für die Frau vor.
> Offensichtlich scheinen sich Gegensätze im psychischen Bereich nicht entsprechend den Aristotelischen Sätzen vom Widerspruch und vom ausgeschlossenen Dritten auszuschließen, wonach etwas nicht zugleich und in gleicher Hinsicht sein und wiederum nicht sein kann bzw. etwas sein oder auch nicht sein kann, ein Drittes aber, irgendein Zwischending, nicht möglich ist; im menschlichen Erleben gehören Gegensätze stets paarweise zusammen (HEIGL/HEIGL 1963).

Keineswegs allerdings wird nach FREUD von der frühen Triebevolution der Geschlechter, so gleichsinnig sie auch verlaufe, ein imaginärer Mittelweg "halb männlich, halb weiblich" beschritten: Vielmehr sei ausschließlich "Männlichkeit" richtungsweisend. Ein kleines Mädchen erlebe und verhalte sich anfangs geradezu wie ein Knabe, eine frühe Weiblichkeit sei psychisch inexistent. Dabei wähne das Kind alle Menschen so gebaut wie sich selbst, es ahne nicht die Bedeutung des Geschlechtsunterschiedes und glaube, beide Geschlechter seien mit gleichem Genitale ausgestattet (FREUD 1914,X,99).

> Im Gegensatz zu FREUD hält die Biologie den Mann keineswegs für den menschlichen "Urtyp": Trotz des bereits bei der Befruchtung determinierten chromosomalen Geschlechts hat der potentiell bisexuell angelegte frühembryonale Keimling stets weibliche (!) Ausprägung; fehlt ein Y-Chromosom oder kann es sich zur Differenzierung in männliche Richtung nicht durchsetzen, so resultiert unabhängig vom Karyogramm jeweils ein phänotypisch weibliches Individuum; wenn sich die chromosomal programmierten, ursprünglich indifferent angelegten Gonaden ab der 8.Schwangerschaftswoche geschlechtsspezifisch differenzieren, so kann der weibliche Urtyp nur durch wirksame Androgene in männliche Richtung umgeleitet werden. Erst dann können die gonadalen Hormone bereits intrauterin Morphologie und Sexualfunktionen bestimmen; so werde etwa das zyklische Sexualzentrum im Hypothalamus durch Androgene irreversibel inaktiviert, so daß sich nur bei der Frau in Vegetativum und Psyche ein zyklisches Geschehen auswirke. Erst das äußere Genitale bestimme allerdings die soziale Interaktion Kind-Umwelt. (ZANDER 1962; MONEY 1978; EICHER/UEXKÜLL 1979; EICHER 1976; FALIK 1976; EDER 1977; KAISER 1977; KEPP/STAEMMLER 1977)

Erst von dem Augenblick an, in dem die körperliche Andersartigkeit der Genitalien zur Kenntnis genommen wird, verläuft nach FREUD die psychosexuelle Entwicklung der Geschlechter unterschiedlich; die erste infantile Sexualtheorie, es existiere nur das männliche Sexualorgan, beim Knaben der Penis, beim Mädchen die Klitoris (1905,V,96), gerate ins Wanken.
Da die Vagina psychisch noch nicht repräsentant, noch nicht entdeckt sei, wird die weibliche Körperlichkeit, die Klitoris, als Mangelzustand erlebt, als Nichtvorhandensein eines Penis und damit eines Genitales überhaupt interpretiert.
Diese Penislosigkeit phantasiert der Knabe als Folge einer stattgehabten Kastration, welcher er fortan ebenfalls zum Opfer zu fallen fürchtet.
Auch das Mädchen vergleiche seine leitende erogene Zone, die Klitoris, mit derjenigen des Knaben, stelle dabei entsetzt fest, etwas Entscheidendes fehle dem weiblichen Körper, und entwickle überaus heftige Neidgefühle gegenüber dem Knaben.
"Phallustragend" oder "kastriert" lautete die erste Differenzierung der Geschlechter; erst während der Pubertät bilde sich dann nach Entdeckung der Vagina die diesen Unterschied integrierende Polarität Männlich-Weiblich (FREUD 1923,XIII,297).
Aus dem wahrgenommenen anatomischen Geschlechtunterschied ergebe sich aber sogleich für das Kind ein entscheidender Wertunterschied zuungunsten des Mädchens: Bis dato gleichsam ein Knabe mit entsprechend phallisch - aktivem Gebaren und ohne Wissen über "weibliche" Attribute werde das Mädchen ganz plötzlich damit konfrontiert, eben nicht so männlich zu sein wie der Knabe, hinter diesem zurückzustehen; da außer der bislang einzig gültigen phalluszentrierten Orientierungsskala nun kein anderer Wertmaßstab vorhanden sei, bedeute das Weniger an Phallizität automatisch ein Weniger an generellem Wert. So erscheine dem Kind das weibliche Genitale nicht als eine dem männlichen gleichwertige Alternative, sondern lediglich als fundamentaler Defektzustand, als organische Minderwertigkeit (FREUD 1931, XIV,524ff). Akzeptierter Genitalstatus sei nur der Penis, die weibliche Ausstattung werde bloß negativ als Penismangel empfunden: Gleichermaßen gelte fortan für Jungen und Mädchen die weibliche Morphologie als körperliche Minusvariante (1925,XIV,23ff), als verkümmert und kastriert (1940,XVII,120).
Das Urteil "minderwertig" beschränke sich aber wegen des Primats der phallischen Libidoorganisation nicht nur auf die Genitalgegend, sondern werde unverzüglich auf das ganze Mädchen und alles sonst "weiblich" Erscheinende ausgeweitet: Im zu dieser Zeit alles beherrschenden Streben

nach Phallizität verlöre das Mädchen geradezu den Boden unter den Füßen, müsse es seine Penislosigkeit erkennen; die Vorstellung, im alles entscheidenden Punkte "zu kurz gekommen" zu sein, werde zur Basis eines universellen Minderwertigkeitserlebens der Frau (FREUD 1924,XIII,4oof), dem Manne werde fortan generelle Überlegenheit zuerkannt (1925,XIV,25; 1931,XIV,522). Die noch während der analsadistischen Phase keinesfalls schwächeren aggressiven Impulse wichen nunmehr dem "echt weiblichen" Masochismus, begünstigt allerdings durch die "konstitutionell und sozial vorgeschriebene" Unterdrückung weiblicher Aggressivität (1933,XV,132). Viele aktive Triebimpulse gäbe das Mädchen infolge der tiefgreifenden narzißtischen Kränkung, unterlegen zu sein, zugunsten passiver Bestrebungen auf; frühzeitig wende es sich auch von genitaler Sexualität ab, um nicht stets an die männliche Überlegenheit und den Quell aller Insuffizienzgefühle gemahnt zu werden (194o,XVII,12o; NUNBERG 1975,12off).

Dem Knaben werde eine solche narzißtische Wunde nicht beigebracht: Er teile die Geringschätzung für das "zukurzgekommene" Geschlecht und vergewissere sich seiner Überlegenheit; diese sei aber nur dann gewährleistet, wenn die phallische Potenz genügend betont, der homoerotische Wettstreit mit anderen männlichen Individuen nicht aufgegeben und grundsätzlich eine passive Einstellung gegenüber phallischem Gebaren vermieden werden. Insofern begründet das Wissen um das weibliche, nicht phallische Genitale nicht nur die männliche Dominanz, vielmehr löst es gleichzeitig das stärkste Trauma im Leben des Mannes überhaupt aus (FREUD 194o,XVII,77): Zuvor phantasiere der Knabe allen Menschen einen Penis zu, könne er sich doch keine sich selbst ähnliche Persönlichkeit ohne Penis vorstellen, wo doch der Penis schon in frühen Kinderjahren als führendes autoerotisches Objekt geschätzt (19o5,V,95; 19o8,VII,177f) werde - nun plötzlich riefe die Erkenntnis, sein so hochgeschätzter Penis sei gar nicht notwendig Teil des menschlichen Körpers, tiefe Angst hervor, jederzeit einem ähnlichen Gewaltakt zum Opfer zu fallen, welcher dem Mädchen bereits widerfahren scheint; diese Angst vor dem Verlust seines Penis werde damit zum mächtigsten Motor für die weitere Entwicklung des Mannes (1933,XV,133). Unter dem Einfluß dieser Kastrationsdrohung beginne der Knabe, fortan um den Erhalt seiner erschütterten Männlichkeit zu zittern (191o,VIII,165), damit nach dem traumatischen Verlust der Mutterbrust und des täglich geforderten Darminhalts nicht ein weiterer, über alle Maßen geschätzter Körperteil geopfert werden müsse (1924,XIII,397).
Am unterschiedlichen Kastrationskomplex wurzele also jeder psychische Geschlechtsunterschied: Beim Mädchen bilde sich der Penisneid als

Ausdruck der Hemmung aktiver Strebungen infolge der schweren narzißtischen Kränkung, beim Knaben rege sich starker Widerstand gegen eigenes passives Verhalten, insbesondere anderen Männern gegenüber aufgrund der phantasierten Kastrationsdrohung (1937,XVI,97; s.a.MAHLER et al. 1978). Der Knabe besitze etwas, ein entscheidendes Gut, fühle sich aber in diesem Besitz ständig bedroht und suche dem drohenden Verlust entgegenzuwirken, der eine globale Minderwertigkeit zur Folge hätte (1924,XIII,400).
Der Unterschied zwischen männlicher und weiblicher Psyche entspräche somit dem Unterschied zwischen (phantasmatisch) vollzogener und lediglich angedrohter Kastration (1925,XIV,28f).
Dieser Unterschied wirke sich auch bedeutsam auf die Entwicklung von Ödipuskomplex und Objektbeziehungen aus:
Im Konflikt zwischen ödipalem, auf den Besitz der Mutter gerichteten libidinösen Begehren und narzißtischem Interesse am bedrohten Penis gewinne beim Knaben letzteres die Oberhand; aufkosten der ödipalen Wünsche werde der hoch besetzte Körperteil gerettet, der damit allerdings für die Dauer der folgenden Latenzzeit seine penetrierende Eigenschaft verliere; so finde die triangulăre ödipale Situation, für den Sohn die Rivalität mit dem Vater um die Mutter, ein jähes Ende, erlebe der Knabe durch den Anblick des weiblichen Genitale die Möglichkeit der Kastration; über eine partielle Identifikation mit dem Vater werde diese Drohung ins eigene Über-Ich integriert (1924,XIII,399). Beim Knaben also gehe der Ödipuskomplex am Kastrationskomplex zugrunde, er zerschelle förmlich (FREUD 1925,XIV,28; 1933,XV,138).
Beim Mädchen hingegen werde der Ödipuskomplex durch den Kastrationskomplex erst eingeleitet, entfalle doch das Motiv für die Aufgabe ödipaler Wünsche, da der beim Knaben zu rettende Körperteil ja bereits verloren scheint (ibid.). Vielmehr gebe das Mädchen die phallischen Impulse gegenüber der Mutter in dem Glauben auf, hierfür kein geeignetes Organ zu besitzen, und verfolge fortan hauptsächlich passive Triebbestrebungen, die dem Vater ödipal gelten (FREUD 1924,XIII,401).
insofern wirke also der Kastrationskomplex hemmend und einschränkend für die Männlichkeit und fördernd für die Entwicklung der Weiblichkeit (1925, XIV,28): Dem Knaben verbiete sich ein größeres Quantum an Passivität, dem Mädchen hingegen eröffne sich das weite Feld passiver Strebungen; mit dem Wegfall der Kastrationsangst wird beim Mädchen ein wesentliches Motiv zur Errichtung des Über-Ich hinfällig (1924,XIII,401; 1933,XV,138), so daß das weibliche Über-Ich weit weniger unerbittlich und unflexibel, Entscheidungen mehr an Es-hafte Gefühlsregungen gebunden seien (1925,XIV,19ff). Anderer-

seits entstehe beim Mädchen früher und gegen weniger Widerstand eine größere Neigung zur Sexualhemmung (1905,V,120).

Andererseits verlaufe die weibliche Entwicklung weit komplizierter: Einmal wechsele das Mädchen die erogene Leitzone, die penishomologe Klitoris trete in der Repräsentation hinter die Vagina zurück (ibid.), zum anderen gestalte sich die Entwicklung der Objektbeziehungen schwieriger; Männer blieben an ihr erstes Objekt, eine Frau gebunden, ihre primitive Objektwahl gehe in dieselbe Richtung, die aus der Attraktion des anderen Geschlechts entstehe (FENICHEL 1945); auch für das Mädchen sei das erste Objekt eine Frau, doch werde ja diese intensive praegenitale Beziehung zugunsten einer späteren Hinwendung zum anderen Geschlecht gelöst; verantwortlich für diesen Objektwechsel sei dabei eine ganz spezifische Frustration: Alle Mädchen machten die Mutter für das Fehlen des für eine narzißtische Vollkommenheit unentbehrlichen eigenen Penis verantwortlich ("warum hast du mich nicht ebenso damit ausgestattet wie die Jungen auch"); diese gravierende Benachteiligung verziehen sie ihr nicht, und so käme es zur Abwendung von der Mutter im Zeichen der Feindseligkeit (FREUD 1931, XVI,527; 1933,XV,127ff; 1940,XVII,117f).

> Über die Motive für den ja offensichtlichen Objektwechsel ist sehr kontrovers diskutiert worden; McDOUGALL (1947) hält das FREUD'sche Konzept gar für derart widersprüchlich, daß er es zum Ausgangspunkt seines Versuches nimmt, die gesamte Neurosenlehre zu widerlegen.

Ziel des Passivitätsschubes beim Mädchen anstelle der zuvor beobachtbaren phallischen Aktivität sei es, nun vom Vater den von der Mutter versagten Penis zu erhalten (FREUD 1933,XV,137f).

> Als Reaktion auf die ursprünglich erlebte sexuelle Minderwertigkeit besitze eine Frau ein weit höheres Maß an Narzißmus, ihr Bedürfnis geliebt zu werden sei stärker als das, selbst zu lieben, ihr Stolz auf eigene körperliche Reize sei eine Entschädigung für die tiefe narzißtische Kränkung (ibid.,141f); entsprechend finde sich beim Mann eher eine Objektwahl mit Sexualüberschätzung, welche aus einer Übertragung des kindlichen Narzißmus auf das Liebesobjekt entstamme, bei der Frau jedoch eher eine narzißtische Objektwahl, d.h. eine Frau trachte weniger nach voller Objektliebe, sondern suche sich mehr selbst als Liebesobjekt (FREUD 1914,X,154f).
> Die besondere Sorge des Mannes um seine phallische Integrität und die der Frau um den bedrohten Narzißmus würde manche kulturgeschichtlichen Gebräuche erklären: Im Japan der Frühzeit etwa wurde zur Besänftigung der Toten einem Mann ein Schwert, einer Frau jedoch ein Spiegel mit ins Grab gelegt (DURANT 1935).

Erst mit beginnender Vorherrschaft der Genitalzone divergiere die Entwicklung der Geschlechter aufgrund der so verschiedenen Funktionen des Sexualzieles (FREUD 1905,V,108), erst in der Pubertät werde das Mädchen Sexualabneigung und der Mann von Libido ergriffen (1905,V,121ff), erst jetzt verschmelze das ältere Gegensatzpaar aktiv-passiv mit dem zuvor

bedeutungslosen Gegenüber "männlich-weiblich" (1913,VIII,411; 1915,X,227), erst jetzt werde Männlichkeit mit Subjekt und Aktivität sowie Weiblichkeit mit Objekt und Passivität kongruent (1923,XIII,297f).

Um nun im folgenden aus dem FREUD'schen Konzept auch Hypothesen zum Gesundheitsverhalten der Geschlechter ableiten zu können, soll noch einmal der entscheidende Geschlechtsunterschied herausgearbeitet werden: Der Mann habe sich zeitlebens gegen eigene passive Tendenzen energisch zu wehren und seine Autonomie hartnäckig zu verteidigen; "Weibliches" habe er abzuwerten und zur Bewahrung seiner psychosexuellen Integrität im eigenen Verhalten auf ein Minimum zu reduzieren, dessen Betrag der Intensität der phantasierten Bedrohung proportional sei (FREUD 1918,XII,168). Der Zwang zur Abwehr eigener passiver Züge bleibe ein Leben lang unverändert (FREUD A. 1936) wie der Kastrationskomplex.

> Eine stolze Verachtung "weiblicher" Tendenzen und die Sorge, durch solche Strebungen geschwächt, verweichlicht und als Mann untüchtig zu werden, verrieten allerdings nicht Stärke, sondern seien vielmehr eine mühsame Überkompensation unbewußter Kastrationsängste (ROSKAMP 1977).
>
> ADLER (1928) setzt für die Notwendigkeit zur aktiven Ausgestaltung des individuellen Lebensplanes den Begriff "männlicher Protest": Die Verdrängung passiver Einstellungen gegenüber anderen Männern diene der Sicherung vor unerträglicher Herabsetzung und entstünde aus Angst vor Erniedrigung und Vergegenwärtigung eigener Insuffizienz.

Nach der vor der phantasierten Kastration schützenden Verdrängung der angeblich weiblichen Charakterzüge könne es der Mann nur schwerlich dulden, sich einem (kastrierenden) Vaterersatz zu unterwerfen, diesem gegenüber die eigene Autonomie aufzugeben, dessen Fremdbestimmung zu akzeptieren und ihm noch zu Dank verpflichtet zu sein, es sei denn mittels einer Identifikation; auf die Arzt-Patient-Situation übertragen heißt das in concreto: Nur schwerlich kann ein Mann dem Arzt gegenüber passiv, unterlegen auftreten, dessen Fremdbestimmung ertragen, dessen Anweisungen befolgen und dessen Hilfe annehmen. (s.FREUD 1937,XVI,96f)
Einer Frau sei all dieses leichter möglich, könne sie sich doch leichter passiv-narzißtische Wünsche eingestehen, diesen nachgeben und dafür ein Stück Autonomie aufgeben: So akzeptiere sie eher eigene Körpersymptome und sei in Anbetracht einer nicht möglich scheinenden Veränderung der Außenwelt eher zur Regression bereit (FREUD 1916/7,XI,381).

> Was bedeutet die größere Bereitschaft der Frau zu regressivem Verhalten? "Regression" wird oft zuunrecht gleichgesetzt mit mit bloßem Rückweichen vor einer nicht zu bewältigen Anpassungsaufgabe; eine solche Flucht auf entwicklungsgeschichtlich früheres Niveau allein ist eine nur unteroptimale Konfliktlösung, eine Abwehrmaßnahme, die in Symptombildung übergehen kann (HEINZ 1976); derart hatte FREUD den Regressionsbegriff ursprünglich auch fassen wollen (BALINT 1973).
> Dennoch hat die stärkere Neigung der Frau zur Regression, sich etwa

eher krank und hilfsbedürftig zu fühlen, eine eindeutig positive Funktion, denn Regression besitzt im Dienste des Ich auch durchaus progressive Momente (KRIS 1941): Zwar wird Regression tatsächlich eingeleitet mit einem Rückgriff auf stabilere Verhaltens- und Erlebensformen aus früheren, adaptiv weniger tauglichen, doch disponibleren Entwicklungsphasen; doch mithilfe einer solchen Erniedrigung des Anpassungsniveaus kann ein Desintegrationsprozeß gestoppt und auf eine sichere Startbasis rekurriert werden, von der aus ein erneuter Anlauf zur ökonomischen Bewältigung der schwierigen Situation initiiert und das anfängliche Scheitern aufgewogen werden kann. In Ich-psychologischer Sicht impliziert Regression also einen Anpassungssinn, sie ist nicht nur Realitätsflucht (HEINZ 1976; LOCH 1963/4).
Ein einfaches Beispiel: Sich beim Auftreten pectanginöser Beschwerden aus einer überfordernder Belastungssituation zurückzunehmen und einen Arzt aufzusuchen, bedeutet zwar ein Scheitern der aktiven Lebensgestaltung und ein Stück Regression, doch impliziert sie die Möglichkeit, durch Therapie die alte Leistungsfähigkeit zurückzuerlangen und ist damit letztlich sinnvoller, als eisern durchhalten zu wollen und die Beschwerden zu ignorieren, bis ein Herzinfarkt evtl. das endgültige Scheitern der Bemühungen besiegelt.
Eine allzu beschränkte Lesart des Regressionsbegriffs scheint viel von der allgemeinen Verpönung passiven Verhaltens innerhalb des patriarchalen Verständnishorizontes widerzuspiegeln.

Die Fähigkeit, Leid und Unwohlsein als solches erleben und die Patientenrolle akzeptieren zu können, wird zum entscheidenden Vorsprung vieler Frauen gegenüber einer nur scheinbaren, auf Verleugnung basierender Autonomie: Der Preis für Herrschaft und Dominanz im Patriarchat scheint fast der Zwang zur Autonomie und zur Verleugnung regressiver und passiver Neigungen zu sein.

3.3 Aus dem FREUD'schen Konzept der Geschlechtsunterschiede abgeleitete Hypothesen über die Geschlechtsspezifität von Gesundheitsverhalten

FREUD's Theoriebildung legt folgende Prognosen über das Gesundheitsverhalten nahe:

1. Gesundheitsverhalten (und damit auch das Inanspruchnahmeverhalten gegenüber medizinischen Dienstleistungen) ist geschlechtsspezifisch.
2. Gesundheitsorientiertes Verhalten ist bei Frauen stärker ausgeprägt:
   a) die Bereitschaft zu präventiven Maßnahmen
   b) die Bereitschaft zur Meidung von Risikofaktoren
   c) die Bereitschaft zur Erweiterung des Gesundheitswissens.
3. Eine Frau nimmt Krankheitssymptome eher und öfter wahr und öfter zum Anlaß für eine Arztkonsultation, Männer neigen eher zur Bagatellisierung auch objektiv erfaßbarer Symptome.
4. Frauen konsultieren eher und öfter einen Arzt.
5. Männer bringen dem diagnostischen und therapeutischen Procedere mehr Widerstand und weniger Vertrauen entgegen und suchen die Behandlungsdauer möglichst kurz zu halten.

a) Die Arzt-Patient-Beziehung ist bei Patientinnen besser
b) Eine Frau kommt stärker in den Genuß diagnostischer Leistungen
c) Eine Frau kommt stärker in den Genuß therapeutischer Leistungen.

Denn Krankheit und die Bereitschaft zur Annahme der Patientenrolle sind Formen von Regression (FREUD 191o,VIII,52f), Zeichen eines Konfliktes im Spannungsfeld "Individuum-Gesellschaft", der statt auf rationalem Kommunikationsniveau auf regressiv-symbolisierende Weise ausgetragen wird (MITSCHERLICH A. 1948/1961/1962), sie sind Reaktionsmöglichkeiten in hilfloser Lage (MITSCHERLICH A. 1966); solches Erleben und Verhalten kann nach FREUD's Konzept eine Frau viel leichter an den Tag legen als ein Mann; dem kommt noch entgegen, daß im momentanen Gesundheitssystem die Patientenrolle durchweg eine gänzlich passive ist und eine unüberschaubare Auslieferung an eine übermächtige, unkontrollierbar anmutende Institution mit sich bringt.
Die nach FREUD so zentrale Kastrationsangst mindert sehr die Bereitschaft zur Regression; passives Hilfesuchen gegenüber der Vaterimago "Therapeut" mobilisieren existenzielle Angst um die eigene somatopsychische Integrität. Bei der Frau hingegen scheint der Weg schon vorgezeichnet: Bereits in der ödipalen Phase wandte sich das so tief gekränkte, narzißtisch verunsicherte Mädchen in der Hoffnung an den Vater, dieser könne ihr die alles entscheidende Hilfe gewähren - davon profitiert die Beziehung zum Arzt.

Da in der später dargestellten empirischen Studie zur Überprüfung der Hypothesen die Untersuchung des motivationalen Anteils am Gesundheitsverhalten im wesentlichen ausgeklammert bleibt, soll hierzu noch eine kurze Bemerkung erlaubt sein:
Tatsächlich läßt sich empirisch belegen, daß Männer ihre Beschwerden öfter verleugnen, Frauen dagegen eher irgendwelche Maßnahmen zur Besserung des Befindens ergreifen (RICHTER 1974). Im Gießen-Test erleben sich Frauen leidender, ängstlicher, stimmungsmäßig gedrückter, unterordnungsbereiter, ehrgeizärmer, erotisch gehemmter, fürsorglicher; sie erfüllen damit die Klischees "Triebunsicherheit", "eingestandene Ängstlichkeit", "Depressivität", "Schwäche" und "Konkurrenzverzicht"; besonders imponieren hohe Selbstunzufriedenheit und Minderwertigkeitsgefühle; Frauen stellen ihre seelische und körperliche Verfassung viel negativer dar als Männer; Männer bilden sich dagegen wie erwartet im Test angstunterdrückend, emotional stabil, stark, dominant und ehrgeizig ab, innere Labilität verbergend und Gefühle defensiv handhabend (RICHTER 1974; BECKMANN/RICHTER 1972; FAHRENBERG 1969).

RICHTER (1974) weist zudem auf die enge Beziehung zwischen dem die Passivität verleugnenden Männlichkeitsideal und dem Herzinfarktprofil hin: Hier werde der Betreffende erst dann Patient, wenn der geschädigte

Organismus die übertriebene Daueraktivität nicht mehr leisten kann; Gefühlshaftigkeit und Hingabebedürfnisse würden verborgen; das patriarchale Umfeld schüre Versagensängste und die Phantasie, ein Erschlaffen vernichte das männliche Selbstwertgefühl.
Das Leiden der Frau hingegen werde aus medizinischer Sicht zum Vorsprung, die Unfähigkeit der Männer zu leiden wirke sich dagegen krankheitsfördernd aus. (RICHTER 1974)

3.4 Anderslautende analytische Theorien zum Geschlechtsunterschied

FREUD's Ansichten über Geschlechtsunterschiede sind innerhalb der analytischen Forschung stets ausgesprochen kontrovers diskutiert worden; einige Autoren kommen zu durchaus anderslautenden Ergebnissen, doch kam es leider nie zu einer fruchtbaren Synthese der verschiedenen Richtungen. Für die Fragestellung dieser Dissertation interessiert dabei, ob die abweichenden Theorien, die zu einem teilweise völlig anderen Verständnis von Genese und Ursache der Geschlechtsunterschiede führen, auch anderslautende Hypothesen für die Geschlechtsspezifität von Gesundheitsverhalten nahelegen.

Folgende kritischen Fragestellungen dominieren:

1. Woher stammt das von FREUD nicht weiter problematisierte Phallusprimat, mit dem die Ansichten über Kastrationskomplex stehen oder fallen?
2. Ist der Penisneid eine primäre, zwangsläufig aus der Biologie sich herleitende oder ist er nicht vielmehr eine sekundäre, defensive Bildung zur Abwehr ganz anderer Dinge?
3. Wird die geschlechtsspezifische Psychodynamik wirklich durch den Anblick des anatomischen Unterschiedes bewirkt oder sind daran ursächlich nicht andere Umstände, insbesondere die frühe Mutterbeziehung beteiligt?
4. Welchen Stellenwert hat der weibliche Narzißmus?
5. Sind die Geschlechtsunterschiede, wie sie sich heute darstellen, tatsächlich anthropologische Konstanten, unabhängig von Zeit und Kultur, allein aus der Biologie abgeleitet? Welchen Einfluß haben kulturelle Faktoren auf den psychischen Geschlechtsunterschied?

3.4.1 Woher stammt das Phallusprimat?

Die a priori gegebene immense Hochschätzung des Phallus bei beiden Geschlechtern ist FREUD's axiomatische Grundannahme, ohne die sein Konzept zum Geschlechtsunterschied nicht aufrechterhalten werden kann: Erst das Phallusprimat kann ja die entscheidende Bedeutung des Kastrationskomplexes für die psychosexuelle Entwicklung erklären (FREUD 1923,XIII,296) und damit die Bildung des Penisneides bei der Frau.
Doch sollte wirklich mit den Frauen die Hälfte der Menschheit mit einer tatsächlichen Minderwertigkeit leben müssen oder ist der Penisneid nur ein vorgeschobender Grund, eine Rationalisierung für eine Unzufriedenheit von Frauen, die aber ganz woanders herrührt (HORNEY 1923)?
("Als Frau bin ich unzufrieden, es wird wohl am fehlenden Penis liegen").

Wie wird der Phallus zum universellen Symbol für narzißtische Integrität (GRUNBERGER 1976), für Vollkommenheit, Souveränität, Macht und Wert auf allen Ebenen (CHASSEGUET-SMIRGEL 1976)? Wieso schließt die Phallusvorstellung nicht auch Aspekte von Impotenz mit ein (STEMANN 1980)? Ungenügend scheint da FREUD's Annahme, die Natur selbst habe den Penis mit jenem hohen Grade an narzißtischer Besetzung ausgestattet eben wegen seiner Bedeutung für die Fortpflanzung der Menschheit(FREUD 1925,XIV,29; 1927,XIV,312); denn warum sollte der weibliche Organismus für die Arterhaltung denn weniger bedeutsam sein?

> Wie wird das männliche Genitale (bzw. der merkwürdigerweise das Genitale allein repräsentierende Penis (FREUD 1923,XIII,295)) zum Maß aller Dinge? Wieso mißt nicht auch das Mädchen das andere Geschlecht nach der Vorgabe der eigenen körperlichen Ausstattung, wo doch die Wertschätzung des eigenen Genitale auch beim Mädchen so groß sein müßte, daß ihm ein Mensch ohne dieses kaum vorstellbar scheint? Und selbst wenn das männliche Genitale vorteilhafter erscheine, weshalb gibt es schließlich nur zwei unbewußte Vorstellungen vom Genitale, nicht "besser" vs. "weniger gut", sondern "vorhandener" vs. "verlorener Phallus" (GRUNBERGER 1964)?
> Und wie kommt es schließlich, daß die infantile Phantasie, die Vulva sei nur ein kastrierter Penis, nicht späterhin zugunsten realitätsgerechterer Vorstellungen aufgegeben wird ? Mit anderen frühkindlichen Verkennungen geschieht das ja auch, etwa mit der narzißtischen Allmachtsphantasie, die später deshalb an Geltung verliert.

3.4.1.1 Der Penis als anal überlegenes Organ

Aus der Harnerotik rührt sicher ein starkes Benachteiligungsgefühl beim Mädchen her, dessen Intensität durch die narzißtische Überbewertung der Exkretionsvorgänge beim Kind bestimmt ist (ABRAHAM 1920); das urethrale Manko, nicht in hohem Bogen urinieren zu können, versagt nach GRUNBERGER (1964) dem Mädchen ein gleichwertiges Quantum an Erleben von Ich-Kontrolle und Selbstbestätigung; der Penis sei auch tauglicher zur Abfuhr sadistischer Tendenzen, Objekte seien damit leichter gezielt aggressiv angehbar (ibid.), sadistische Allmachtsphantasien ließen sich besser mit männlichem Urinieren verbinden (HORNEY 1923).

> Außerdem könne und dürfe (!, kulturelle Bedingung!,der Verf.) der Knabe gerade beim Urinieren sein Genitale betrachten, zeigen und berühren, was jedesmal auch ein Stück Sexualneugierde befriedige; wie die Frau wegen ihres verborgenen Genitale für den Mann ein großes Rätsel bleibe, so werde umgekehrt der Mann wegen der Sichtbarkeit heftig beneidet. Dies trage mit dazu bei, daß oft eine Frau mehr Subjektivität und ein Mann mehr Sachlichkeit zeige: Der Mann könne seinen Forschungstrieb am eigenen Körper befriedigen und ihn dann in die Außenwelt richten, wohingegen die Frau über sich nicht genügend Klarheit gewinnen könne und so mehr sich selbst betrachte, weswegen sie auch nicht exhibitionieren könne, sondern auf ein früheres narzißtisches Stadium regrediere, wo der Wunsch sich zu zeigen noch den ganzen Körper miteinbezog (ibid.). Unterdrückte Onaniewünsche verstärkten den Wunsch nach dem urethral überlegenen Organ noch weiter: Das Mädchen phantasiere, die männliche Anatomie erleichtere diesen Konflikt erheblich, weswegen der Knabe

auch weniger Schuldgefühle bekommen müsse; so bilde sich schon in der Kindheit die Phantasie vor, der Mann genieße im Sexualleben größere Freiheit (ibid.; TOROK 1979).

3.4.1.2 Penisbesitz als narzißtischer Triumph über die Mutter

Der Penis wird auch deshalb zum überlegenen Organ, weil die Mutter keinen besitzt: In der Phase physischer Ohnmacht des Kindes, in welcher die Imago der guten allmächtigen Mutter nie ganz die der bösen gefährlichen verdecken kann, in welcher also die Mutter auch immer partiell als bedrohlich erlebt wird, sei die unerwartete Entdeckung, ein Organ zu besitzen, welches der Mutter fehlt, für den bislang gänzlich unterworfenen Knaben eine ungeheure narzißtische Befriedigung, der "lange ersehnte Triumph über die bis dato omnipotente Mutter", ein gelungener Ausweg aus der beengenden Mutterbeziehung (CHASSEGUET-SMIRGEL 1979).

Dem Mädchen hingegen bleibe es verwehrt, sich aus der mütterlichen Allmacht zu befreien, da es über "keinen eigenen, exklusiven Wert, den die Mutter nicht auch hätte", verfüge; so könne es aus eigener Kraft die totale Abhängigkeitsbeziehung zur allmächtigen und partiell auch bösen Mutter nicht lösen; auch von der besten Mutter hinterlasse die auf sie projizierte Feindseligkeit im kindlichen Unbewußten ein erschreckendes Bild, dem das Mädchen nicht wie der Knabe etwas entgegensetzen könne.

Der Penisneid sei dabei "keine als Selbstzweck konzipierte Männlichkeitsforderung, sondern eine Revolte gegen die Person, welche die narzißtische Kränkung verursachte, also gegen die allmächtige Mutter"; werde der Penis unbewußt mit Integrität, Kraft und Autonomie verknüpft, so in der Annahme, der Penis wiege die von der Mutter zugefügten Kränkungen auf. Dem Manne gebüre deswegen die Macht, weil dieser die Mutter entmachtet habe. Letztlich sei damit aber der Peniswunsch nur der verkleidete Wunsch, eine von der Mutter befreite Frau zu sein (ibid.).

> Versuche das Mädchen durch Hinwendung zum Vater, sich von der anal kontrollierenden Mutter zu befreien, so greife es die Mutter doppelt an: Die Überlagerung von Herrschaft und ödipaler Rivalität im selben Objekt, welches mit restloser Zerstörung zu drohen scheint, blockiere die weiblichen analsadistischen Impulse. So bleibe die Frau erst von der Mutter abhängig und später vom Mann, weil dieser das Erbe der analen Mutterimago antrete, nachdem nur er über die Mutter triumphieren konnte (TOROK 1979). Der Penis werde dabei unbewußt quasi als vom Körper nicht abgetrennte Kotsäule phantasiert; so werde er zum Signum für eine unangetastete Autonomie des Sphincters.

Die Wahl des unerreichbaren Penis zum begehrten Objekt verrate, wie vollständig das Mädchen seinem eigentlichen Wunsch entsage, sich nämlich aus analer Abhängigkeit zu befreien und zur Autonomie im Lustgewinn zu gelangen; der wirkliche Wunsch richte sich nicht auf eine Sache, den Penis,

sondern auf das,was dieser symbolisiere, nämlich den Triumph in der analen Mutterbeziehung.

> Dem Manne wiederum komme der generelle Abhängigkeitszustand der Frau sehr gelegen: Mithilfe der zum metaphysischen Prinzip erhobenen eigenen Überlegenheit könne er sich nun ständig als Sieger über die omnipotente Mutter erleben und gar deren tyrannisches Erbe gegenüber der unterworfenen Frau antreten; ein Mann werde sich um so tyrannischer gebärden, desto unsicherer die eigene abgetrotzte Autonomie sei (ibid.).

3.4.1.3 Weibliche "Organminderwertigkeit"

FREUD und seine engsten Schüler widersprechen nachdrücklich, wird der Penisneid als bloß sekundäre Bildung verstanden: Doch während FREUD nur andeutet, die Klitoris als Penishomolog verschaffe dem Mädchen ein nur vergleichsweise ungenügendes Lusterleben und ermögliche eine nur unvollständige Befriedigung (1940,XVII,120), behauptet Helene DEUTSCH uneingeschränkt, der Penisneid müsse deswegen primär und "natürlich" sein, da die Klitoris eben ein insuffizienter Penis sei, ein beinahe rudimentäres, kaum sicht- und tastbares Organ. Dieses minderwertige Organ sei unfähig, phallische Erregungen und Triebbedürfnisse abzuführen und aggressive Impuls hinreichend zu befriedigen; da aber auch die passiv-rezeptiven Tendenzen unverwirklicht blieben, da die Vagina ja noch nicht repräsentant sei, besitze das Mädchen weder für aktive noch für passive Antriebe ein funktionfähiges Organ. Diese objektive, biologisch fundierte Mangelhaftigkeit nun begründe ein tiefgreifendes, spezifisch weibliches Organtrauma; die Entwicklung eines Penisneides sei unumgänglich (DEUTSCH 1925).

> Die anfangs aktiv-aggressive Klitorislibido wende sich notgedrungen ins Masochistische und besetze regressiv bereits verlassene prägenitale Entwicklungsstadien. Dieses Schicksal sei biologisch vorgezeichnet. Der Knabe wird beneidet, weil nur dieser der Forderung, einzige von der Mutter geliebte Person zu sein, Nachdruck verleihen könnte.
> Neben dem Penisneid gebe es noch eine zweite Quelle für den weiblichen Narzißmus: Die Flucht des Ich in eine narzißtische Abwehrposition vor den die eigene Integrität bedrohenden masochistischen Tendenzen des Es (DEUTSCH 1930).

Die phallozentrische Perspektive von H. DEUTSCH wurde oft kritisiert:

> Wenn doch dem Mädchen mit der Klitoris zu Beginn der phallischen Phase ein ganz dem Penis analoges Organ zur Abfuhr aggressiver Impulse zur Verfügung stehe (FREUD 1908,VII,179) und dieses Organ doch funktionell als Lustquelle anfangs absolut vollwertig befriedige (DEUTSCH 1925), so fragt sich, wie die Wahrnehmung des Penis, eines unbekannten und bis dato nicht vermißten Organs, die Klitoris zu entscheidend an Wert verlieren lasse (STEMANN 1980), zumal doch nach FREUD (1908,VII,180) dem Kinde das penetrative Moment des Penis beim Koitus noch nicht bekannt sei.
> Gegen die These von DEUTSCH (1930), nie hätte die Frau es den sozialen Ordnungen erlaubt, sie von brauchbaren Sublimierungsmöglichkeiten und von Sexualbefriedigung zugleich fernzuhalten, fände sie in ihrer Fortpflanzungsfunktion nicht einen grandiosen Ausgleich dafür, wendet

Karen HORNEY (1923) ein, Mutterschaft könne dem Mädchen kein Äquivalent für erlebte Kränkungen sein, da sie außerhalb momentaner Lustmöglichkeiten liege.

3.4.1.4 Männliche Dominanz durch anale Wertskala

Wenn sich nun das Mädchen durchaus nicht von vorneherein minderwertig fühlt, sich aber später hinsichtlich der Befriedigungsmöglichkeiten äußerst wichtiger prägenitaler Partialtriebe im Vergleich zum Knaben eingeschränkt erlebt (HORNEY 1923): Weswegen wird denn der Grad dieser Benachteiligung nicht nach der Skala "günstiger-ungünstiger" bewertet, sondern nur als radikale Gegensätzlichkeit im Sinne von "alles-nichts" erfaßt?
Ein solcher Verarbeitungsmodus entspricht der analsadistischen Psychodynamik (GRUNBERGER 1964): Wahrgenommenes werde danach sogleich bemessen und insbesondere hinsichtlich Sichtbarkeit und metrischer Vergleichbarkeit bewertet; erst das Primat der analen Trieborganisation verleihe daher dem Geschlechtsunterschied "männlich-weiblich" jenen Polaritätscharakter. Nicht das Fehlen eines befriedigenden Sexualorgans, sondern bloß dessen mangelhafte Ausstattung mit für die anale Psychodynamik unverzichtbaren Eigenschaften lasse das weibliche Genitale minderwertig, defekt und wegen seiner Verborgenheit als nicht vorhanden erscheinen; so werde der urethral und morphologisch dominierende Penis als tauglicher Träger analsadistischer Qualitäten zum Maßstab beim Vergleich der Geschlechter (ibid.).

> Zur Erläuterung eine kurze Bemerkung zur analen Objektbeziehung (s.a. GRUNBERGER 1976,164-88; FREUD 1908,VII,201-9):
> Die Welt des Analen gleicht nicht dem grenzenlos-amorphen Kosmos des frühoralen Charakters, sondern ist zweigeteilt in Ich versus Nicht-Ich, in Ich versus Objekt; treten nun beide miteinander in Beziehung, so geht es stets um Herrschaft und Unterwerfung; statt mit der Umwelt per introjectionem et identificationem zu verschmelzen stellt sich das Ich den Objekten entgegen und sucht die Objekte untertan und verfügbar zu machen. So gelangt von zwei Personen jeweils eine zur Herrschaft, vielleicht nur wegen eines kleinen Vorteils, die andere unterliegt.
> Die Psychoökonomik einer solchen Beziehung sieht GRUNBERGER (1976) darin, die gegen Ende der oralen Phase zunehmend erlebte unerträgliche Abhängigkeit von der übermächtigen Umwelt dadurch zu beenden, daß mit einer Beherrschung des so mächtigen Objekts die narzißtische Integrität wiederhergestellt wird; Autonomie bedeutet gänzliche Beherrschung des Objekts.

Eine Macht-Ohnmacht-Beziehung zwischen Mann und Frau ist partiell eine solche anale Beziehung: Er herrscht, ihre Unterworfenheit gewährleistet seine Autonomie gegenüber der ehedem herrschenden und frustrierenden Mutter, sie aber erreicht solche Autonomie nie.

> Doch scheint damit allein die Frage, woher das Phallusprimat stamme, noch nicht geklärt: Denn selbst wenn es während der analen Phase notwendig zu einer Benachteiligung des Mädchens kommen sollte, warum wird dann trotz fortschreitender Entwicklung so hartnäckig daran festgehalten? Wenn auch der Ödipuskonflikt noch unter der Vorherrschaft

des Sadismus erfolgt (KLEIN 1930), warum wird die Leitzone der genitalen Libidoentwicklung noch von der Warte einer analen Psychodynamik her bewertet, obgleich doch sonst deren Prävalenz beendet ist (STEMANN 1980)? Wie kann ein Genitale, welches die vorherrschenden genitalen Triebe durchaus abführen kann, nur deswegen wertlos scheinen, weil es mit aggressivem Potential, Sichtbarkeit und Größe Qualitäten vermissen läßt, die in der bereits verlassenen analen Phase unverzichtbar sind?

3.4.1.5 Penis zur Angstbewältigung

Melanie KLEIN (1932) beschreibt einen weiteren Vorteil des Penis:

Genitale Triebregungen erzeugten beim Knaben weit weniger Angst und Schuldgefühle, dafür aber mehr sadistisches Machtgefühl.

> Penetrative Impulse gegenüber der auch oft versagenden Mutter bestünden bei Knaben und Mädchen gleichermaßen, riefen aber wegen des stark destruktiv-sadistischen Anteils beträchtliche Schuldgefühle hervor; bereits durch orale Entbehrungen entstehe der kindliche Wunsch, zerstörerisch und raubend in den Mutterleib einzudringen, und mit ihm das Schuldgefühl ob der phantasierten Beschädigung. Zur Zeit der invasiven Reinlichkeitsforderungen erreichten die sadistischen Impulse des Kindes und der gleichzeitige Angstdruck ihren Höhepunkt, entreiße doch die Mutter mit den Exkrementen hoch libidinös besetzte Teile des Körpers gewaltsam; überwältigende Angst entstamme dabei der Introjektion von Imagines, von denen -zu den eigenen destruktiven Phantasien analoge- Angriffe im eigenen Körperinneren befürchtet würden: So entstünde die Furcht vor den eigenen Exkrementen, die zu hochgefährlichen und vernichtenden Stoffen würden.
> Während nun beim Mädchen die Magie der Exkremente dominant bleibe, werde beim Knaben der Penis zum hauptsächlichen Exekutivorgan des Sadismus: Der Knabe könne seinen Haß auf den im Mutterleib vermuteten väterlichen Penis und damit auf die Außenwelt konzentrieren, beim Mädchen dagegen bleibe die Beziehung zur Innenwelt, zum Verborgenen für die Angstbewältigung dominierend. Deshalb sei der männliche Allmachtsglaube so stark auf das Genitale fixiert und externalisiert, der weibliche aber auf den ganzen Körper verteilt.

Die Unmöglichkeit, sich über das beschädigt phantasierte Leibesinnere Gewißheit zu verschaffen und sich von der Grundlosigkeit der Angst vor einer Umkehr der vorgestellten Angriffe auf das mütterliche Körperinnere zu überzeugen, mehre diese Angst noch; der Knabe aber finde im Penis nicht nur eine Stütze für die männliche Position, sondern zugleich eine gute Möglichkeit der Realitätsprüfung.

> Beim Mädchen könne nur die Klitoris als äußeres Organ einer solchen Prüfung unterzogen werden, was den Grad der Fixierung an dieses Organ noch erhöhe; der sichtbare Penis jedoch beweise die Macht über die Eltern und den Sieg über die gefährlichen introjizierten Objekte.

Die männliche Angstbewältigung gehe dahin, Gefahrsituationen in die Außenwelt zu verlegen und sie dort mittels sadistischer Macht zu überwinden. Auch der weibliche Narzißmus stehe im Dienste der Angstbewältigung, doch sei er von Objekten viel abhängiger: Der Beziehung zum Mann liege das Bedürfnis zugrunde, mit der Versicherung der eigenen Attraktivität den

Beweis für eigene körperliche Unversehrtheit zu erhalten; die eigentliche, tiefe und leitende Angst des Mädchen sei die vor der Mutter! Daher sei es ein Stück Angstbewältigung, die Angst auf den Phallus zu verschieben und nun diesen ob seiner so ungeheuren Machtfülle zu fürchten (KLEIN 1932).

So gänzlich fern steht auch FREUD dieser Ansicht nicht, wenn er selbstkritisch bemerkt, der Penisneid als Motiv für den Haß gegen die Mutter mute an wie eine später zurechtgelegte Rationalisierung der unverstandenen Abwendung von der Mutter (FREUD 1931,XIV,527f).
HORNEY (1923) vermutet, erst die durch den Vater erlittene Versagung steigere die Schuldgefühle gegenüber der Mutter ob der ödipalen Rivalität und den Neid auf den autonomieverheißenden Penis.

3.4.2 Der Penisneid als sekundäre Bildung

Die genannten Antworten auf die Ausgangsfrage nach der Herkunft des Phallusprimats scheinen nahezulegen, den Penisneid als hauptsächlich sekundäre Bildung zu sehen. (Im Gegensatz zur FREUD'schen Ansicht).

Wie konnte die frühe Psychoanalyse denn zu anderen Ergebnissen kommen? HORNEY (1926) gibt folgende Antwort: Auch die Psychoanalyse sei wie unser gesamtes Sein, Denken und Tun von männlichen Normen durchsetzt, da die gesamte Kultur eine männliche sei; daher sei die weibliche Entwicklung ganz mit männlichem Maß gemessen und verzerrt erfaßt worden, deswegen sei der analytische Blickwinkel stets mit dem des Knaben identisch gewesen: Nur das männliche Genitale zu akzeptieren, das weibliche aber als Penislosigkeit zu verachten, den Penisneid für evident zu halten ebenso wie die Minderwertigkeit der Frau. Tatsächlich aber existiere auch ein intensiver männlicher Neid auf die Frau, etwa auf ihre Brüste, die Schwangerschaft, das Gebären etc.

Zwar kommt es nach HORNEY (1926) vom weiblichen Ödipuskomplex regelmäßig zur Regression auf einen Penisneid, doch entspreche dieser nicht mehr dem frühinfantilen, sich aus Benachteiligungen in Harnerotik, Exhibitionismus etc. herleitenden Neid, vielmehr sei er sekundäre Bildung zum Schutz vor all dem, was in der weiblichen Entwicklung mißglückte: Unter dem Druck der Schuldgefühle werde eine innere Beschädigung befürchtet, doch bar einer Möglichkeit der Realitätsprüfung bleibe das Mädchen in Unsicherheit über die eigene Integrität; vor dieser Angst flüchte es in die männliche Rolle, um spezifisch weibliche, schuld- und angstbeladene Wünsche besser verdrängen zu können: Das Eindringen in die Vagina beschwöre für die Sicherheit und Stärke des Ich große Gefahr herauf. Eine Niederlage im phallischen Wettstreit sei zwar quälend, aber immer noch erträglicher als die Furcht vor den Folgen weiblicher Einstellung: Die "Flucht aus der Weiblichkeit" sei das kleinere Übel.

Das Streben nach dem Phallus lockere gleichzeitig die angstbesetzte Vaterbeziehung und lindere den Objektverlust. Verstärkt und unterhalten werde dieses Streben allerdings durch die tatsächliche Benachteiligung der Frau im sozialen Leben, und zwar in einem solchen Umfang, daß das Fluchtmotiv selbst (Furcht vor Weiblichkeit) fast schon als eine

Rationalisierung einer Inferiorität erschiene, welche doch dem Mädchen von Geburt an als gegeben suggeriert werde (HORNEY 1926). JONES (1928) stimmt ihr zu: FREUD's phallisches Stadium sei beim Mädchen insbesondere eine Schutzkonstruktion gegen angstbesetzte (Inzest-)Wünsche; erst deren Verdrängung bestärke regressiv den Penisneid.

3.4.2.1 Primäre Weiblichkeit des Mädchens

Irrte FREUD, als er dem Mädchen seine Weiblichkeit absprach und die Vagina für unentdeckt hielt?

Marie BONAPARTE (1957) verteidigt ihn:

Die Frau sei ein in der Entwicklung stehengebliebener Mann; die Klitoris als ein verkümmertes Organ determiniere das psychosexuelle Schicksal. Zwar sei die Vagina nicht unentdeckt, aber Erotik liefere die Natur der Frau nur über ihren verstümmelten Männlichkeitsteil (BONAPARTE 1935). Die sadistische Koitusauffassung des Kindes bedrohe die Integrität des weiblichen Körpers, weswegen das Mädchen auch vor dem erotischen Begehren des Phallus zurückschrecke: Vor dem verwundenden Eindringen graue ihm; so klammere sich die Erotik an die Klitoris und werde so auf weniger gefährliche Bahnen abgeleitet.

Josine MUELLER (1931) formuliert eine Gegenposition zu FREUD:

Die Vagina werde sehrwohl infantil schon besetzt, nur werde sie wegen der beunruhigenden Wirkung des vaginalen Triebanspruchs bald verdrängt zugunsten der defensiven, sekundären Bevorzugung der Klitoris; das allerdings unbewußt weiterbestehende und ständig abzuwehrende infantile Triebziel bleibe unerreicht; daher mindere sich das weibliche Selbstwertgefühl und vermehre sich der Penisneid.

Ähnlich äußert sich Fanny HANN-KENDE (1933):

Für den Knaben möge die penislose Frau horribile erscheinen, doch das Mädchen selbst könne nicht durch den eigenen Körper schockiert werden: Das Genitale sei Teil seines Ich. Im übrigen basiere die These, Klitoris und Penis wären äquivalent, auf männlicher Projektion, und sie diene unbewußt dazu, weibliche Unzufriedenheit auf diese Weise plausibel zu machen, obgleich sie womöglich ganz anderen Ursprungs sei.

JONES (1933) stellt die konträren Thesen einander gegenüber:

Ist die Sexualität des Mädchens nun von vorneherein männlich und wird sie erst durch das Mißlingen der männlichen Haltung durch Enttäuschung an der Klitoris in die Weiblichkeit gedrängt - oder ist sie von Anfang an weiblich, und nur zeitweilig werde sie durch Mißlingen der weiblichen Haltung in phallische Männlichkeit gedrängt? Wie ist also die unstreitige Tatsache zu erklären, daß ein Mädchen in der deuterophallischen Phase einen Penis haben will und der Mutter das Fehlen vorhält?
JONES selbst (1933) vermutet dazu wie HORNEY (1926), KLEIN (1932) und MUELLER (1931), vaginale Erregung spiele bereits in frühester Kindheit eine große Rolle; zwar werde der Penis schon als zerstörerische Waffe gegen die Mutter beneidet, doch werde das Interesse des Mädchens für die äußeren Organe Klitoris und Penis doch weit überschätzt im Vergleich zu der schrecklichen Angst vor der entsprechend dem Talionprinzip der Vergeltung des eigenen Sadismus befürchteten inneren Zerstörung: Vielmehr sei das Interesse an der Außenwelt abwehrend vorgeschoben und die Erogenität vom bedrohten Inneren aufs Äußere verlegt.

Carl MÜLLER-BRAUNSCHWEIG (1926) ergänzt:

Das um eigene Aktivität und körperliche Integrität bemühte Ich finde

> in einer aktiv-zielgerichteten, männlichen Sexualstrebung Unterstützung, nicht aber in einer masochistisch-passiven, weiblichen: Diese stelle für das Ich eher eine Gefahr dar; so sei die passive Einstellung mit dem Wissen um die Vagina aufgrund der eminenten Bedrohlichkeit des Wunsches nach Aufnahme eines Penis durchaus äquivalent der Kastrationsangst des Knaben: Das Kind rette sich jeweils durch den Aufbau des Über-Ich vor diesen durch ödipale oder genitale Bestrebungen heraufbeschworenen Gefahren.

LUQUET-PARAT (1979) bestätigt:

> Suche nach passiver Lust sei mit Urängsten verbunden, da sie die angstbesetzte Situation des Ausgeliefertseins an eine invasive Mutter wiederherstelle; das ersehnte Eindringen in die Vagina sei ein für das Ich inakzeptabler und integritätsbedrohender Wunsch; in regressiver Abwehr werde daher der weibliche Sekundärnarzißmus gesteigert.

JONES (1933) faßt die kritischen Stimmen zusammen:

> Die starke frühe Angst des Mädchens vor der das Körperinnere bedrohenden Mutter, auch später noch als charakteristische Angst der Frau vor "inneren Krankheiten" erkennbar, sei zum eigenen Schutz auf den Penis projiziert; der Penis als zulängliche Klitoris werde nur kurzfristig aus Angst vor den in alloerotischen Wünschen vermuteten Gefahren gewünscht, da die eigentlich ersehnte Weiblichkeit unerträgliche Angst heraufbeschwöre; das Männlichkeitsstreben sei also keinesfalls eine primäre Bildung, sondern nur Ergebnis einer quasi neurotischen Hemmung aus Angst vor der Mutter. Hinter dem Vorwurf, körperlich nur unzureichend ausgestattet zu sein, verberge sich der wirkliche Vorwurf gegen die für den Fall mit körperlicher Zerstörung drohenden Mutterimago, daß das Mädchen auf seinen weiblich-rezeptiven Wünschen bestehe. Die phallische Position sichere das Ich vor dem befürchteten mütterlichen Angriff auf die Weiblichkeit, da sie ja die Existenz eben dieser Weiblichkeit ganz leugne. (s.a. TOROK 1979)

Um die Ambivalenz gegenüber der Mutter ertragen zu können, andererseits aber nicht wegen des Männlichkeitsstrebens den Mann sich zum Feind zu machen, werde von manchen Frauen gern ein gewisses Maß an Weiblichkeit und Inferiorität als Maske vorgeschützt (RIVIERE 1929).
Alles in allem scheint es, als sei der Penisneid doch eher eine sekundäre als eine primäre, biologisch bestimmte Bildung.

3.4.3 Geschlechtsspezifität der frühen Mutterbeziehung

Inwieweit ist es die frühe Mutterbeziehung, die für spätere psychische Geschlechtsunterschiede verantwortlich ist?

3.4.3.1 Mutter-Tochter

Nur das Mädchen muß mit der Mutter sein erstes Objekt aufgeben und gar mit ihm rivalisieren(ODIER 1932).

> Da für das Neugeborene die Mutter geradezu alles sei, ja anfangs nicht einmal vom eigenen Körper unterschieden werde, sei dies so bedeutsam; die von der Mutter ausgehenden Sexualverbote verdankten ihre Wirksamkeit der unbewußt fortdauernden prägenitalen Mutterbindung: Heterosexuelle Wünsche gefährden die Mutterliebe; der Knabe habe es da besser, sei doch seine Rivalität zum Vater dazu kein echtes Analogon (ibid.).

Aus einer Arbeit von LEWIN (1933) ergibt sich, daß die Autonomisierung des Mädchens noch auf weitere Hindernisse trifft:

> Die periodisch wiederkehrende Menstruation werde als exkrementelle Inkontinenz erlebt, als ein Versagen der - die Abgrenzung von den Forderungen der Umwelt gewährleistenden - Sphinctertätigkeit. Die angstgenerierende Ungewißheit über den Zustand des Körperinneren werde so durch die Menses verstärkt; die Beziehung zur Mutter könne daher nie befriedigend gelöst werden. Menses als unbeeinflußbarer Verlust von Körperinnerem, als Zeichen einer blutenden innerlichen Wunde, wirkten zutiefst beunruhigend, wie eine anale Kastration. Oft werde nun der Verlust dadurch kompensiert, daß sich die verlorenen Werte durch Koprophagie oder Schmieren wieder einverleibt würden, etwa Geld in Form von Kleidern auf die Haut zu streichen (ibid.). HARNIK (1923) ergänzt: Die Steigerung des Körpernarzißmus und der Libidoschub zur Körperoberfläche seien primär durch die erste Menstruation veranlaßt.

Der nur beim Mädchen notwendige Objektwechsel hat nach CHASSEGUET-SMIRGEL (1979) insbesondere folgende negativen Auswirkungen:

> Nach dem Wechsel vom ersten, bösen Objekt zum guten, alles erfüllenden werde das letztere zur Aufrechterhaltung der Triebentmischung und zur Bewahrung des befriedigenden Objekts idealisiert: Aggressive Impulse gegen das Vaterobjekt und den Mann würden daher gern gegenbesetzt und verdrängt. Würde auf die analsadistische Sexualitätskomponente nicht verzichtet, so entstünden spezifisch weibliche, aktivitätshemmende Schuldgefühle. So sei auch der Platz der Frau in der Kultur weitgehend determiniert: Das Männliche werde idealisiert, die Selbstverwirklichung der Frau dagegen behindert.

Doch bereits die Beziehung zur Mutter selbst ist für das Mädchen problematischer[a]

> Mit dem gegen den mütterlichen Körper gerichteten Sadismus und der nachfolgenden Vergeltungsangst beispielsweise habe ein Mädchen viel mehr Schwierigkeiten: Ihm fehle mit dem Penis ein externes Organ, auf welches sich die Angst konzentrieren könne; die von der Klitoris ausgehende Beruhigung sei unzulänglich. Später verschiebe es einen Teil der auf das Innere bezogenen Angst auf das Äußere, die Kleider mitgerechnet, und erlange Beruhigung, sei dieses Äußere zulänglich. Da aber das Mutterobjekt nicht völlig sadistisch zerstört werden dürfe, da ein Kind eben in allem von ihm abhängig sei, werde zudem ein Großteil des Sadismus nach innen gekehrt; da habe doch der Knabe mit dem Vater einen viel günstigeren Rivalen: Dessen Rache sei weit ungefährlicher, sei doch die Abhängigkeit von ihm geringer. (JONES 1935)
> Das Mädchen sei durchaus ein geborenes Weibchen und kein homme manqué; der Peniswunsch habe nämlich nur defensiven Charakter: Er diene zur Kanalisierung des bedrohlichen Sadismus; Nicht aus Männlichkeitswünschen werde die Feminität verdrängt, sondern aus Angst vor der Mutter! (ibid.)

Gegenteilig äußert sich die FREUD'sche Richtung:

> Dem Mädchen falle der Verzicht auf die Mutter deshalb so schwer, da es ihr gegenüber seine männliche Position nicht aufgeben möchte (LAMPLE-DE GROOT 1927). Nur durch die organische Minderwertigkeit werde diese Position erschüttert. Der eigentliche Wunsch ziele auf den Besitz der Mutter, nur fehle das dazu nötige Organ; erst diese fundamentale Enttäuschung begründe den Haß auf die Mutter (LAMPLE-DE GROOT 1933).
>
> Die eine Seite sieht also im phallischen Gebaren des Mädchens eine defensive Abwehr spontaner passiver Tendenzen, die andere Seite sieht darin natürliche und spontane Tendenzen selbst (LUQUET-PARAT 1979).

3.4.3.2 Mutter-Sohn

In "Die Angst vor der Frau" beschreibt HORNEY (1932) die von FREUD nicht ausreichend erklärte, stets vorhandene Angst des Mannes, trotz aller Sehnsucht nach der Frau an ihr und durch sie schweren Schaden zu nehmen und zu verderben: Diese Angst vor der Frau sei um ein Vielfaches intensiver als die Angst vor dem Vater oder Mann. Dieses Angstmotiv hinter der Abscheu vor dem weiblichen Penismangel sehe FREUD nicht, obgleich es in allen möglichen Träumen, literarischen und religiösen Darstellungen offenkundig werde; die Kastrationsangst vor dem Vater sei zu einem Gutteil vorgeschützt, weil sie realer, greifbarer sei, oberflächennaher als die verdrängte, tiefere Angst vor der Frau. Diese Angst habe drei Quellen: Einmal stammten die frühsten und nachhaltigsten Triebverbote und Frustrationen für das narzißtische Omnipotenzerleben von der Mutter; die daraufhin partiell reaktiven sadistischen Impulse gegen den Mutterleib erzeugten ebenfalls Angst, entsprechend dem Talionprinzip; zum dritten nun erscheine dem Knaben sein Penis viel zu klein für das mütterliche Genitale, so daß er Angst habe, nicht zu genügen und noch verlacht zu werden.

Um mit CHASSEGUET-SMIRGEL (1979) zu sprechen: Der Triumph des Knaben über die omnipotente, invasive Mutter ist ungewiß, da sich der narzißtisch überbesetzte Penis als Hauptträger des Sieges im Autonomiekampf letztlich als insuffizient erweisen kann. Ein höchst traumatischer Rückfall in die mühsam beendete Mutterbeziehung wirft drohend seine Schatten voraus; umso mehr müssen diese Gefahr verleugnet und aktive Positionen verteidigt werden: Darum wird der Penis zum alles beherrschenden Organ ausgebaut, letztlich aus der Angst heraus, die anal beherrschende Mutter sei doch nicht restlos besiegt. So institutionalisiere das Patriarchat die Inferiorität der Frau und suggeriert dem Mann, schließlich doch gesiegt zu haben.

Hinter der männlichen Sexualmythologie, die Frau als mißlungenen Mann anzusehen und die weibliche Sexualität herabzuwürdigen, findet DAVID (1979) denn auch häufig eine neurotische Störung: Weniger auf einen überwältigenden Ödipuskomplex als auf die Persistenz des frühambivalenten Beziehungsmodus sei die verzerrte Darstellung der Frau zurückzuführen.

Der Furcht vor eigener genitaler Unzulänglichkeit begegnet der Knabe nach HORNEY (1932) gewöhnlich mit einer Reduktion auf die Mutter gerichteter Libido; diese konzentriere sich nun auf das Genitale und stärke als phallischer Narzißmus das männliche Selbstgefühl. Somit sei die phallische Phase ein reaktiver Rückzug vom Objekt aufgrund einer durch Passivitätswünsche jeweils gesteigerter Angst.
Nun brächten es die biologischen Unterschiede mit sich, daß der Mann sich stets neu vor der Frau beweisen müsse, die Frau aber schon durch ihr bloßes Sein wirken könne: So sei das typisch männliche Ideal die "efficiency". Ein Zwang, möglichst viele Frauen besessen, das Liebesobjekt erniedrigt oder das Selbstwertgefühl der Frau geschwächt zu haben, diene nur der ständigen Vergewisserung männlicher Überlegenheit. Dieses Verlangen nach Vergewisserung sei kulturell sehr bedeutsam geworden: Mit erstaunlichem Einsatz sei von Aristoteles bis Moebius versucht worden, die Überlegenheit des männlichen Prinzips zu beweisen. (HORNEY 1932)
JONES (1933) sieht ebenfalls die narzißtische Konzentration auf den Penis mit der Furcht vor dem weiblichen Genitale verknüpft, doch stamme

diese Angst aus einem tieferen Komplex, nämlich der femininen Einstellung zum väterlichen Phallus, welcher als der Mutter einverleibt phantasiert werde. Die Destruktionstendenzen diesem Phallus gegenüber würden erst per projectionem auch auf die ihn scheinbar beherbergende Vagina ausgeweitet.

Alles in allem dürfte die frühe Mutterbeziehung also entscheidenden Anteil an der Entwicklung geschlechtsspezifischer Erlebensweisen haben.

3.4.4 Weiblicher Narzißmus

Welchen Stellenwert hat der weibliche Narzißmus?

GRUNBERGER (1964) bestätigt FREUD's These, die weibliche Sexualität habe eine eindeutig narzißtische Orientierung. Alles trage bei der Frau den Stempel der Einmaligkeit als Merkmal einer narzißtischen Besetzung im Gegensatz zur stärkeren Polyvalenz und Ausstauschbarkeit von Objekten beim Mann, dessen Engagement eher trieborientiert sei und der weniger die Objektbeziehung als mehr die Triebabfuhr selbst besetze.

Wichtigste Ursache für den besonders hohen weiblichen Narzißmus sieht GRUNBERGER in der frühen Mutter-Kind-Beziehung verborgen: Nur ein Sohn habe eine wirklich befriedigende Beziehung zur Mutter, dagegen verhalte sich selbst die liebevollste Mutter einer Tochter gegenüber stets ambivalent. Hiervon sei die narzißtische Besetzung der Partialtriebe als Voraussetzung für harmonische Triebreifung nachhaltig betroffen, da sich diese mithilfe der das Kind und seine Lebensäußerungen liebenden Mutter vollziehe; für das Mädchen aber sei die Mutter primär ein versagendes Objekt.
Das also mit weit weniger narzißtischer Bestätigung ausgestattete Mädchen lerne schnell, sich diese selbst zu verschaffen; da aber diesem Versuch die feste Basis fehle, die ja erst durch mütterliche Liebe entstehen könne, sei er zum Scheitern verurteilt und verstärke noch die Abhängigkeit von Objekten. (ibid.)

Der männliche Partner, der später die ständig benötigte narzißtische Zufuhr geben könnte, habe aber tragischerweise den Narzißmus verachten gelernt und die analsadistische Komponente stark besetzt.
Zur Verwirklichung ihres narzißtischen Ideals könne eine Frau etwa Schönheit und Charme besetzen oder auch gegenbesetzen zugunsten eines am Über-Ich orientierten Verhaltens: Im Mittelpunkt aber stehe immer die Frau selbst.
FREUD's These, Libido sei männlich und der Penis einziges Sexualorgan, sei doch fragwürdig; vielmehr sei die Rivalität um den Phallus nur Ausdruck einer Rivalität um den Besitz narzißtischer Integrität.

Die Frau also sei deswegen so narzißtisch, weil sie in früher Kindheit in der für Mutter und Tochter versagungsvollen und ambivalenten Beziehung zueinander keine adäquate narzißtische Bestätigung erfahren konnte; einen Ausgleich erwarte sie vom Mann, dessen Liebe zuallererst für sie narzißtische Aufwertung bedeute. (ibid.)
Was aber wird dann aus dem weiblichen Narzißmus, wird ein Kind eben nicht von der Mutter, sondern vom Vater erzogen?

3.4.5 Natur oder Kultur : Wer ist für Geschlechtsunterschiede verantwortlich?

Ob nun der Frau Penisneid, Insuffizienzerleben, mehr Narzißmus, Passivität oder noch etwas anderes zugeschrieben wird, meist werden dann diese Züge als unveränderbare, konstante "Wesens"-Merkmale hypostasiert, also als typisch und ewig "männlich" oder "weiblich". Zumeist wird die Ursache für die angenommene Konstanz solcher Züge bedenkenlos in biologischen Gegebenheiten vermutet. (s.a.STEMANN 198o)

> Empirisch bestätigte psychische Geschlechtsunterschiede müssen aber nicht gleich von Zeit und Kultur unabhängig, anthropologisch konstant und biologisch begründet sein.
> Im übrigen ist es nach FREUD ja auch keinesfalls die Aufgabe der Psychoanalyse, das Wesen (!) von Mann und Frau zu ergründen und ontologisch das Rätsel von Männlichkeit und Weiblichkeit zu lösen; die Analyse könne lediglich untersuchen, inwiefern eine unbewußte Psychodynamik während der psychosexuellen Entwicklung Einfluß auf die Genese der Geschlechtsunterschiede gewinne (19o5,V,4of; 1933,XV,123ff).

Folgert der eine Analytiker aus den anatomischen Gegebenheiten dieses, ein anderer aber jenes, dann liegt der Verdacht nahe, es könne unzulässig sein, die Biologie zur Erklärung psychischer Geschlechtsunterschiede heranzuziehen.

Die Annahme, psychische Unterschiede seien stets konstant, ist auch durch ethnologische Erkenntnisse, etwa über die Geschlechtsrolleninversion bei den Tschambuli (MEAD 1936), erschüttert.

So gibt es auch analytische Konzepte mit Einbezug soziokultureller Faktoren:

> Nach FENICHEL (1945) würden die an sich relativ bedeutungslosen biologischen Unterschiede erst durch kulturspezifische Einflüsse für die psychische Entwicklung wichtig; auch die Bedeutung von "männlich" und "weiblich" sei weniger biologisch-anatomisch als sozial-kulturell festgelegt.
> Ähnlich äußert sich FROMM (1943): Die auf gewissen biologischen Ungleichheiten basierenden charakterologischen Unterschiede vermischten sich sogleich mit den viel wirksameren, durch soziale Faktoren hervorgerufenen Unterschieden.

Keinesfalls allerdings werden die soziokulturellen Faktoren erst nach Abschluß der prägenitalen Entwicklung wirksam.

> Gewiß gewährleisteten soziokulturelle Einflüsse die Persistenz der weiblichen Minderwertigkeitsgefühle und der männlichen Dominanz durch nachhaltige Bestärkung der diesbezüglichen infantilen Phantasien; doch beschränken sich diese Einflüsse nicht darauf, nur einmal schon vorhandene Vorstellungen zu konservieren: Vielmehr hätten diese Einflüsse schon bei der Entstehung der frühkindlichen Phantasien ihre Hand im Spiel; bestünde keine kulturelle Inferiorität der Frau, vielleicht würde auch in kindlichen Vorstellungen "Weibliches" gar nicht so negativ eingestuft! (STEMANN 198o)
> Das Beispiel der Entwicklung von Visualität zeigt, wie früh bereits kulturelle Faktoren sich auswirken: Die starke Besetzung der Visualität ist nach JACOBSON (1973) nicht a priori, sondern Folge eines anthropologisch sicher nicht konstanten Masturbationsverdikts.
> Warum auch sollten biologische und kulturelle Faktoren gleichsinnig

> auf eine Erhöhung des Männlichen hinauslaufen (STEMANN 198o)? Es sei doch wohl eher so, daß jede Kultur die menschliche Natur so beschreibe, wie sie selbst diese verkörpere; Kultur als Summe der Leistungen der menschlichen Geschichte zum Zwecke des Schutzes gegen die Natur und der Regelung zwischenmenschlicher Beziehungen (FREUD 193o,XIV,448) impliziere ja eine Verabsolutierung bestimmter Strukturen und Abwehrmodi. (STEMANN 198o)

Der in allen Lebensbereichen eine Benachteiligung des weiblichen Geschlechts konstituierenden patriarchalen Kultur scheint auch die dieser Tradition entstammende Psychoanalyse nur schwerlich zu entkommen. Doch wenn die Analyse "natürliche", anthropologisch konstante, biologisch bedingte und genau den kulturellen Erfordernissen entsprechende psychische Geschlechtsunterschiede postuliert, so scheint sie Gefahr zu laufen, lediglich den kulturellen status quo zu referieren statt diesen zu analysieren.

> Bräutigam teilt diese Sorge, wenn er von Interdependenz der jeweils vorhandenen Wahrnehmungs- und Interpretationshorizonte mit den gleichzeitig bestehenden kulturellen Normen spricht (BRÄUTIGAM 1976).

3.4.5.1 (Exkurs): Natur oder Kultur? Sozialisation geschlechtsspezifischer Erlebens- und Verhaltensweisen

o. "Soziologisches Denken hat an einer besonders kritischen Bruchstelle eingesetzt, an der Frage nach der Rechtmäßigkeit sozialer Ungleichheit unter den Menschen" (SIEGRIST 1977): Wie steht es nun mit den Unterschieden zwischen Männern und Frauen - sind sie "natürlichen" Ursprungs oder sind die Menschen von Natur aus gleich geboren (ROUSSEAU)? Woher aber stammt dann die spätere Ungleichheit? In der Tradition soziologischer Arbeiten soll dieser Exkurs Antworten auf diese Fragen finden.

1. Gibt es empirisch gesicherte, angeborene, "natürliche" Geschlechtsunterschiede im psychischen Bereich? Die Synopsis der zahlreichen differentialpsychologischen Forschungsbeiträge mahnt zur Skepsis:

> Hinsichtlich globaler Intelligenz bestehen keine signifikanten Unterschiede. Allerdings gibt es Anhaltspunkte für eine akzelerierte Intelligenzentwicklung bei Mädchen und für ein Übergewicht von Jungen unter den Hochbegabten (NORMAN et al. 1962; TERMAN/TYLER 1963). In verbalen Fähigkeiten sind mit Ausnahme des Bereichs "sprachliche Urteilsfähigkeit und Beweisführung" weibliche Personen überlegen, z.B. in differenzierter Artikulation, Wortschatz, Wortgewandheit, Grammatik und Rechtschreibung; in mathematisch-technischen Fähigkeiten sind männliche Personen überlegen, besonders hinsichtlich abstrakten, visuell-räumlichen und geometrischen Denkens sowie des analytischen Problemlöseverhaltens (LEHR 1972; HAVIGHURST/JANKE 1944; MACCOBY/JACKLIN 1975). Auffassungsgeschwindigkeit, Genauigkeit und feinmechanische Koordination sind bei Frauen besser, dafür sind Männer hinsichtlich kognitiver Stile feldunabhängiger, autonomer (McGUIRE 1961; VAUGHT 1965; KEREKJARTO 1974; LEHR 1972; KAULFUSH 1971). Bei Mädchen läßt sich ein stärkerer Trend zur Leistungsmotivation nachweisen, Mädchen lernen leichter durch Übernahme von Verhaltensmodellen; Jungen sind hauptsächlich durch Furcht vor

negativen Sanktionen motiviert, schwänzen öfter die Schule, erzielen durchschnittlich schlechtere Schulleistungen; Männer beschreiben sich aber selbst als leistungsmotivierter und hegen höhere Erfolgserwartungen; mit steigender sozialer Schicht allerdings relativieren sich diese Unterschiede (LEHR 1972; DOLAND/ADELBERG 1967; WRIGHT 1962; DRÖMANN 1976; KÜRTHY 1978; AMTHAUER 1963).

Insgesamt also ist die Leistungsfähigkeit nur gering geschlechtsspezifisch.

Wie steht es mit Aggressivität, Selbstbehauptung und Durchsetzungsfähigkeit, also mit den Schlüsselvariablen für geschlechtsspezifisches Rollenverhalten?

Männliche Individuen geben sich in Phantasie und Verhalten stets weit aggressiver bzw. werden so von ihrer Umwelt beurteilt; ihre Aggressionen richten sich früh gegen andere männliche Personen und sind weniger pro-sozial wie bei Mädchen; depressive Verfassung fördert bei Jungen viel stärker aggressive Gereiztheit und bei Mädchen viel öfter passive Gehemmtheit; so neigen Jungen bei Spannungen zu aggressiver Konfliktlösung, Mädchen dagegen zu regressivem, ängstlichen Verhalten (LEHR 1972; MACCOBY/JACKLIN 1975/1966; NISSEN 1977; SEARS 1951; KOHN 1959; SEARS 1961; DIGMAN 1963).

Die Unterschiede aber sind im Kleinkindalter viel geringer als im späteren Leben; Dies weist auf die Bedeutung des Sozialisationseffektes hin.

Denn männlichen Personen wird von der Sozietät ein größeres Maß an Aggressivität eingeräumt; bei Töchtern tolerieren Eltern nur weniger aggressives Verhalten, von ihnen erwarten sie mehr Beherrschung. Töchtern gegenüber wachen Mütter durchschnittlich viel früher und auch strenger über Sauberkeit und Gehorsam; bei Söhnen wird eine Autonomieäußerung weniger reglementiert (LEHR 1972; NISSEN 1977; KÜRTHY 1978).

Ähnlich scheint sich der Sozialisationseffekt auf Passivität und Ängstlichkeit auszuwirken: Je jünger die untersuchten Individuen, desto geringer die geschlechtsspezifischen Unterschiede (McGUIRE 1961). Weibliche Individuen zeigen stärkere Abhängigkeit, mehr Passivität, Ängstlichkeit, Stimmungslabilität, auch mehr Konformitätsstreben und Anlehnungsbedürfnis; Sie sind sensibler, gefügiger, anpassungsfähiger und im sozialen Lernen voraus; sie suchen eher körperliche Nähe statt Distanz; sie haben ein geringeres Selbstwertgefühl und schätzen sich selbst bei objektiv gleichen Leistungen schlechter und hilfsbedürftiger ein. Frauen fällt es leichter, Angst und Wünsche nach Schutz und Geborgenheit zuzugeben, Männer verleugnen gern ihre Ängstlichkeit (LEHR 1972; MACCOBY 1966; DRÖMANN 1976; KÜRTHY 1978).

Die eindeutigsten Geschlechtsunterschiede sind im Bereich des sozialen Verhaltens nachweisbar, allerdings weniger im Kleinkindalter (LEHR 1972).

Soziale Orientierung, Bereitschaft zur Übernahme sozialer Verantwortung, Wünsche nach Kontakt und Geborgenheit sind jeweils bei weiblichen Individuen stärker ausgeprägt; sie haben mehr Feinfühligkeit, gesunden Menschenverstand und Realitätsbezug; Männer sind weniger sozial, aber deliquenter, stellen sie doch in der Jugend- und Erwachsenenkriminalität jeweils gut 85 % der Täter und 96 % der Strafgefangenen. (STATIST. BUNDESAMT 1980; NISSEN 1977; LEHR 1972; FERENCZI 1978)

Hinsichtlich der Interessen zeigt sich im 1. und 2. Lebensjahr kaum eine geschlechtsspezifische Differenzierung.

Erst vom 3. Lebensjahr an scheinen Jungen mehr auf eine "männliche" Rolle festgelegt.Die prägnantesten Unterschiede sind erneut in sozial

niederen Schichten und bei weniger Intelligenten zu beobachten (HARTUP/MOORE 1963; LEHR 1972).
Die Interessen von Jungen zielen eher auf Aktivität, Entdeckung, Gefahr, Wettkampf, robuste Spiele mit motorischer Geschicklichkeit, den technischen und theoretischen Bereich; Mädchen sind weniger an Gleichaltrigen orientiert und haben mehr mittelpunktsbetonte, sozialgerichtete Interessen; sie bevorzugen Rezeption romantischer oder tragischer Geschichten, erleben Filmszenen intensiver und weniger distanzierter mit, mit Ausnahme von Abenteuerszenen; sie zielen eher auf Begrenzung und Absicherung des Lebensraumes (LEHR 1972; ANASTASI 1976; MACCOBY/JACKLIN 1975; TERMAN/TYLER 1963; LERSCH 1947).

Das Sexualverhalten ist am stärksten geschlechtsspezifisch ebenfalls in niederen sozialen Schichten (LEHR 1972).

Im Sexualleben sind Frauen stärker an die psychische Verfassung und an emotionale Zustimmung gebunden; ihr Erleben ist weniger genitalzentriert; erfüllende Partnerbeziehungen haben mehr Bedeutung für ihr Wohlbefinden; Männer sind sexuell aktiver, erregbarer, visuell stimulierbarer, doch ihre Organsmuskapazität ist geringer. (KEPP/STAEMMLER 1977; LEE 1978; ELIASSON 1975; LEHR 1972; SPRINGER-KREMSER 1977; FREUD 1905,V,120f).

Alles in allem kristallisiert sich heraus, daß psychische Geschlechtsunterschiede also nur in sehr begrenztem Umfang wirklich angeboren, "natürlich" sind (LEHR 1972), obgleich ihre Vielfalt und Ubiquität im späteren Leben doch beeindruckt. Für ihre Entwicklung scheinen aber weniger biologische als vielmehr Sozialisationsprozesse, frühkindliche Erfahrungen in der Interaktion mit einer geschlechtsspezifisch differenzierten Umwelt wichtig zu sein.

Für den unspezialisiert und mit vielen "unfertigen" Anlagen geborenen Menschen sind Plastizität und Flexibilität in der Ontogenese menschlichen Verhaltens entscheidend: Hier greift die Sozialisation an, als sozialer Formungsprozeß, als Außenstabilisierung (SIEGRIST 1977).

Viele weitverbreitete Ansichten über die psychischen Geschlechtsunterschiede sind Stereotype, die in der Realität keine Entsprechung finden, sondern sich von der selektiven Wahrnehmungsbereitschaft des Menschen herleiten, erwartetes Verhalten besonders zu registrieren und dann für typisch zu halten. Objektiv faßbar sind nur wenige Unterschiede; aber dennoch haben die Menschen fest umrissene Vorstellungen von der Polarität "männlich"-"weiblich", einer Polarität, die zum nicht-hinterfragten Konstitutivum soziokultureller (Macht-)Strukturen wird. (MACCOBY/JACKLIN 1974/1975; GEBSATTEL 1968; LEHR 1972)

In vielen Arbeiten werden noch heute solche traditionellen Stereotypien trotz pseudowissenschaftlicher Beweisführung referiert; Damit aber gleichen sie mehr oder weniger dem Traktat von MOEBIUS (1900) "Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes"; solche "Erkenntnisse" helfen die gesellschaftliche Inferiorität der Frau noch zusätzlich "wissenschaftlich", apodiktisch und metaphysisch zu verankern (KÜRTHY 1978).

2. Andererseits sind angeborene, biologische Unterschiede bei der Entwicklung geschlechtsspezifischer Verhaltensweisen nicht völlig

auszuschließen:

Bereits Neugeborene sind nämlich etwa bezüglich des Aktivitätsniveaus und der Raktionen auf diverse Stimuli verschieden (BELL/DARLING 1965; WELLER/BELL 1965). Auch scheinen Zusammenhänge zwischen genetischem Repertoir und den Verhaltensmöglichkeiten über die für den Aufbau innerer Handlungsbereitschaft wichtigen Hormone bewiesen (EIBL-EIBESFELD 1967; MONEY/EHRHARDT 1975; DANNHAUER 1973). KAGAN (1978) weist darauf hin, daß bei allen Primaten, also den menschenartigen Affen, die männlichen Individuen dominant sind und einen höheren Status genießen; möglicherweise sei in jahrtausendelanger Entwicklung die vom Endokrinum begünstigte Dominanz in "psychobiologische Programme" integriert. Im Tierversuch stellt sich denn auch wirklich eine eindeutige Korrellation von geschlechtsspezifischem Verhalten und Hormonspiegeln dar (HENRY et al. 1978); eine Relation zwischen Testosteronwerten und dem Aggressionslevel besteht auch beim Menschen (PERSKY 1978).
GEBHARD (1978) sieht die Geschlechtsrolle wesentlich durch die Muskelkraft bestimmt: Wären Frauen stärker, so wären sie wie bei manchen Tierformen trotz der reproduktiven Funktionen dominant.

Biologische Unterschiede betreffen fast sämtliche Funktionen des Menschen (PAUL 1969): Reproduktive Funktionen, Menstruationszyklus, Klimakterium, Geschlechtsmerkmale, Skeletform (beim Mann auf Festigkeit, bei der Frau auf Aufnahme des Schwangerschaftsproduktes ausgerichtet), Entwicklung (Mädchen zeigen physische und psychische Akzeleration von der Fetalzeit an), Körpergröße, Gewicht, Gewicht einzelner Organe, Verteilung von Fett und Muskulatur, Laborparameter (wie Erythrozytenzahl, Hämoglobin, Blutsenkungsgeschwindigkeit u.v.a.m.), Leistungsvermögen (beim Mann sind Organleistungsfähigkeit, gemessen am Sauerstoffaufnahmevermögen, die submaximale Arbeitskapazität und die Dauerleistungsfähigkeit, gemessen am Leistungspulsindex deutlich größer; bei Frauen sind Kraftleistung pro ccm Muskulatur, Vitalkapazität, Herzminutenvolumen, Sauerstoffreserven und Kalorienverbrauch niedriger), Lebenserwartung (in allen Alterstufen bei Frauen höher; außerdem ist das weibliche Geschlecht bei gleichem kalenderischen Alter biologisch jünger und leistungsfähiger, da hier die Blutgefäße verzögert altern) - all diese Unterschiede sind nur exemplarisch genannt. (TERMAN/TYLER 1963; BÜRGER 1954/1958; KÜRTHY 1978; v.HARNACK 1977; SEIDEL/SCHMIDT-GAYK 1976; SCHAIRER/RECHENBERGER 1948; RECHENBERGER 1953; KRAYENBÜHL 1980).

Grundsätzlich scheinen die Geschlechter biologisch ungleichwertig:

So ist die Lebensfähigkeit der weiblichen Spezies stets größer. Auf 100 weibliche Individuen werden bei der Befruchtung 169 (!) männliche angelegt (PFAUNDLER 1935/1942; MARTIUS 1977; LEWIS/LEWIS 1977), obgleich sich im Ejakulat nur 46 % der Spermien mit männlicher Anlage finden (KAISER 1977); dennoch beträgt der Überschuß an männlichen Neugeborenen nur 106 : 100 (PARKES 1926; Bundesminister f.J.F.G. 1980). Offensichtlich sterben bereits intrauterin viel mehr männliche Früchte ab (WEICKER 1973): So lautet das androtrope Verhältnis bei Fehlgeburten 200:100, bei den Totgeburten 130:100, bei Frühgeburten 120:100. Das Verhältnis von 136:100 bei Risikoschwangerschaften und angeborenen Mißbildungen, von 155:100 bei behinderten Kindern, von 162:100 bei Sonderschulkindern, bei notwendiger Zangenentbindung von 188:100, von 119:100 bei Sectiones, von 130:100 bei der Säuglingssterblichkeit und von ca. 165:100 bei den Mortalitätsraten läßt auf eine grundsätzlich größere Lebensfähigkeit weiblicher Individuen schließen, zumal die Lebenserwartung einer Frau in fast allen Ländern ca. 10 % höher ist als die eines Mannes. (AUGUSTIN 1949; TERMAN/TYLER 1963; PAUL 1969; SCHWARTZ et al. 1979; KÜRTHY 1978; KAGAN 1978; MONEY 1978; BUNDESMINISTER f.G. 1965; STATIST. BUNDESAMT 1980; BUNDESMINISTER f.J.F.G. 1980)

In der Annahme, die Natur betreibe solchen Aufwand nicht ohne Nutzen, will GEODAKJAN (1967) dem Sinn der biologischen Überlegenheit weiblicher Individuen bei Mensch und Tier durch eine kybernetische Analyse auf die Spur kommen. Seine Ausgangsfrage ist die: Warum war die Trennung einer Population in zwei sich für die Reproduktion ergänzende Geschlechter für die Evolution (im Sinne der DARWIN'schen Selektionslehre) vorteilhaft? Welches ist der Sinn der Existenz zweier Geschlechter?
Gewiß ist die sexuelle Fortpflanzung der unsexuellen, etwa einer einfachen Zellteilung, überlegen, da sich die Entwicklungs- und Anpassungsmöglichkeiten durch die genetische Kombinationsvielfalt potenzieren; doch sind Hermaphroditen, Organismen mit gleichzeitig männlichem und weiblichem Geschlecht, den Lebewesen mit getrennten Geschlechtsspezies zweifach voraus, sind doch deren Kreuzungsmöglichkeiten fast doppelt so zahlreich, da sich jeder Hermaphrodit mit jedem anderen und nicht nur mit einem heterosexuellen Partner paaren kann, und ist doch bei Hermaphroditen mit allen männlichen Individuen nicht jedes zweite von der unmittelbaren Reproduktion durch Gebären ausgenommen. Dennoch ist aber Hermaphroditismus nur bei niederen Tierarten vorhanden - worin also liegt sein Nachteil?

GEODAKJAN präsentiert folgende kybernetische Antwort:
Ein biologisches System könne in seinem Bestand dadurch gut gesichert werden, daß eine Differenzierung in stabilisierende und in auf Umweltveränderungen reagierende, also neue Anpassung gewährleistende Elemente erfolge; am Beispiel eines Schiffes: Um die Richtung zu halten sind zweckmäßige Veränderungen nötig zur Annulierung von Störgrößen wie Wind und Strömung, die Schiffskiele halten die Bewegung, die Ruderflächen wirken den Störgrößen entgegen. Der Geschlechtsunterschied sei eine solche kybernetische Differenzierung: Die Quantität der Nachkommen sei durch die Anzahl weiblicher Individuen bestimmt, verantwortlich für die Variation der Qualität aber seien die männlichen: Deren Überschuß bestimme den Selektionsdruck. Den konservativen Part bei der Sicherung des Gesamtsystems übernähmen also die weiblichen, die auf Veränderbarkeit gerichtete Funktion die männlichen Individuen.
Verlust weiblicher Wesen führe meist zu einer ungünstigen Reduktion der Gesamtpopulation, Verlust männlicher Wesen dagegen sei der notwendige Preis für die ständige Anpassung der Art an wechselnde Umweltsituationen: Männliche Wesen seien quasi evolutionäre Vorhut der Population, sie bestimmten die Qualität der Nachkommen dadurch, daß sie sensibler auf Umweltverschlechterungen reagierten und so nur die widerstandsfähigeren übrigblieben, um sich fortzupflanzen.
Tatsächlich sind z.B. Jungen gegenüber organischen und Umwelteinflüssen vulnerabler(DRÖMANN 1976); Frauen sind gegen die meisten Infektionen resistenter (TERMAN/TYLER 1963); das biologische Selbstbehauptungsreservoir der Männer ist trotz größerer Variationsbreite kleiner, ihrer Homöostase sind engere Grenzen gezogen(BURTON 1939; SHOCK et al. 1934; ROWE 1928; JOHNSON et al. 1940). Auch trifft es zu,daß von angeborenen Variationen mehr männliche Neugeborene betroffen sind, daß z.B. unter den über- und unterbegabten Kindern jeweils mehr Jungen sind (NORMAN et al. 1962; NISSEN 1977; KÜRTHY 1978).
Ungünstige Umwelteinflüsse wie etwa Kriegszeiten lassen die Todesrate männlicher Individuen und dann als Gegenregulation auch ihre Geburtsrate ansteigen: In den Jahren nach dem 1. und 2. Weltkrieg stieg tatsächlich der Geschlechterproporz von 106:100 hochsignifikant auf 108:100 ! Auch Alter, Beruf, Temperament und Einkommensverhältnisse wirken sich auf den Proporz aus: So haben beispielsweise jüngere, ärmere und erstgebärende Frauen jeweils durchschnittlich viel mehr Söhne als statistisch zu erwarten ist (AUGUSTIN 1949; GEODAKJAN 1967).
Höhere Umsatzrate durch höhere Gefährdung bei geringeren Kompensationsmöglichkeiten - so bestimmten männliche Wesen die genetische Fortent-

wicklung; daher manifestierten sich auch neue Charakteristika einer Art zunächst bei den männlichen Individuen, und erst nach dem Nachweis der Tauglichkeit der Veränderung würden die weiblichen Individuen miteinbezogen: So ziele die menschliche Entwicklung z.B. auf Größenzunahme und Minderung des Geruchssinnes, erkennbar am diesbezüglichen Vorsprung der Männer. (GEODAKJAN 1967)
Gleichbleibend günstige Umweltbedingungen ließen die männliche Geburtsrate wieder sinken: Als Beispiel seien niedere Krebse angeführt, bei denen Temperatursturz und Nahrungsknappheit sofort eine Vielzahl von Männchen entstehen lassen, während ansonsten die Vermehrung parthogenetisch erfolge; BAKWIN (1929) konnte im übrigen zeigen, daß die Verbesserungen von Gesundheits- und Umweltbedingungen den Frauenüberschuß noch weiter ansteigen lassen.
GEODAKJAN (1967) wendet sein kybernetisches Modell auch auf die psychischen Geschlechtsunterschiede an: Wenn wie erwiesen im Tierversuch Männchen die ihnen unbekannten Weibchen eindeutig bevorzugen, Weibchen sich hingegen eher mit den ihnen vertrauten Partnern einlassen, so deswegen, weil männliche Wesen ihrer kybernetischen Funktion zufolge sich besonders mit Entwicklungen neuer Verhaltensstrategien und der Lösung externer Probleme zu beschäftigen hätten, weibliche Wesen aber die Tendenz hätten, konservativ vorzugehen und bekannte, geschätzte Methoden zu vervollkommnen statt zu revolutionieren. Es konnte hierzu nachgewiesen werden, daß Jungen etwa über größeren kreativen Einfallsreichtum verfügen und neue, unbekannte Spielsachen stärker bevorzugen als Mädchen (SMOCK/HOLT 1962; MENDEL 1965).
Vielleicht funktionieren die Hormone dabei tatsächlich als Vermittler: Zu große fetale Androgeneinflüsse lassen nämlich nachweislich die Mädchen mehr jungenhaftes Verhalten zeigen und eher aggressive Spiele anstatt Puppen praeferieren (EHRHARDT et al. 1968).

GEODAKJAN's kybernetisches Modell (1967) zum Verständnis von Sinn und Vorteil der Geschlechtsunterschiede legt die Annahme nahe, daß Frauen eben doch von der Natur mit durchschnittlich mehr Widerstandskraft gegen alle Widrigkeiten des Lebens und damit auch gegen Krankheiten ausgestattet sind, und dies zum Nutzen der biologischen Evolution.

Andererseits wird wiederum die Bedeutung biologischer Faktoren für die Entwicklung psychischer Geschlechtsunterschiede sehr fraglich, zieht man Untersuchungen an Hermaphroditen und Transsexuellen heran:

Individuen mit Genitalanomalien entwickeln sich nämlich psychisch ganz entsprechend dem ihnen bei der Geburt zugesprochenen Geschlecht; selbst bei gegengeschlechtlichen inneren Organen entwickeln sie ganz ihrer Erziehung analoge Verhaltensweisen; bei Transsexuellen gar liegt ein gegengeschlechtliches Erleben trotz eindeutiger somatischer Differenzierung vor. Dies alles scheint zu beweisen, daß der Einfluß der genetisch-gonadalen Basis vergleichsweise gering gegenüber der Bedeutung von Sozialisationsprozessen für die Entwicklung geschlechtsspezifischer Verhaltensweisen ist (ELLIS 1945; MONEY 1978; LEHR 1972).

3. Inwieweit sind die Unterschiede zwischen männlichem und weiblichen Erleben und Verhalten mit Sozialisationsprozessen in Verbindung zu bringen?

Sozialisationsprozesse haben zum einen direkten Einfluß auf die kindliche Entwicklung, da nun Erziehungsstil, Familiensituation, peer group, soziale Schicht etc. jeweils Sozialisationsvariablen sind; sodann ist die Interaktion, die strukturelle Verbundenheit und die gegenseitige

Einflußnahme dieser Variablen zu berücksichtigen; schließlich spielt das Kind selbst in einem Wechselwirkungsprozeß eine aktive Rolle, wenn es sich selbst mit dem eigenen Geschlecht auseinandersetzt und dieses Tun die Erziehung durch Eltern und Schule beeinflußt (LEHR 1972).

Jedem Individuum begegnet die Umwelt von dessen Geburt an spezifisch je nach dessen Geschlecht: Weiblichen Säuglingen gegenüber soll die mütterliche Zuwendung intensiver, aber auch viel reglementierender und bestimmender sein, Töchter werden nach einem festeren Zeitplan ernährt; bei männlichen Säuglingen hingegen werde Eigenwilligkeit im Sinne der Lerntheorie verstärkt, etwa mittels des "free-demand-feeding". Später werde aggressives und selbstständiges Verhalten von den Eltern bei Söhnen eher bekräftigt, bei Töchtern aber eher bestraft; bei Mädchen werde dagegen angepaßter Gehorsam stärker belohnt. Dem gleichgeschlechtlichen Kind gegenüber verhielten sich Eltern stets fordernder und strenger; Töchter werden vom Vater nachsichtiger behandelt, Mütter aber verlangen von ihnen strengere Unterordnung und Anpassung. Während die Unabhängigkeit von den Wünschen und Vorstellungen anderer für den Jungen geradezu als geschlechtsspezifisch gelte, bedürfe das Mädchen zur Sicherung seiner Geschlechtsidentität ständig die Erfahrung, von der sozialen Umgebung akzeptiert zu werden, was das Konformitätsstreben und die soziale Ausrichtung aufkosten von Eigenständigkeit bei weiblichen Personen verstärke. (LEHR 1972; EMMERICH 1962; EICHER/UEXKÜLL 1979; CRUTSHFIELD 1955; ROTHBART/MACCOBY 1966; MILNER 1949; ABERLE/NAEGELE 1952; HETHERINGTON 1955).

Betrachtet man den für den Sozialisationsprozeß so wichtigen Aspekt des "Sozialen Lernens", so wird unvermittelt die fundamentale Bedeutung des Umstandes deutlich, daß bisher jahrtausendelang nur Mütter, nicht aber auch Väter die Kinder erziehen: Nicht nur die unterschiedliche Behandlung von Söhnen und Töchtern durch die Mutter zeitigt wichtige Auswirkungen, sogar bei theoretisch gleichem Erziehungsverhalten wird die familiäre Situation von Jungen und Mädchen kognitiv unterschiedlich wahrgenommen.

Für andere Autoren ist mehr der Prozeß der Identifikation für die Ausbildung geschlechtsspezifischer Verhaltensweisen von Bedeutung:

> Eine defensive Identifikation mit dem Aggressor schütze den Sohn vor der antezipierten väterlichen Bestrafung, darum will er wie der Vater werden (FREUD A. 1936). Eine "entwicklungsorientierte" Identifikation entsteht aus dem Wunsch des Kindes, das Verhalten der Eltern selbst reproduzieren zu können, um u.a. auch an deren Macht partizipieren zu können.

KOHLBERG (1966) nimmt dagegen an, weder Biologie noch Kultur oder Identifikationsprozesse, sondern allein die kognitive Entwicklung bedinge die Strukturierung kindlichen Wahrnehmens auch geschlechtsspezifischer Verhaltensweisen:

> Mit etwa 3 Jahren erkenne sich das Kind selbst anhand konventioneller äußerer Merkmale als männlich oder weiblich; damit sei die Geschlechtsidentität weitgehend Resultat einer Selbstkategorisierung und unabhängig vom sozialen Reinforcement. Identifikation mit einem Elternteil sei dabei nur die Folge kognitiver Prozesse, welche das Kind erst die Gleichheit mit diesem Elternteil erleben ließen. (ibid.)

Es darf auch nicht übersehen werden, daß das Selbsterleben des eigenen

Körpers und seiner geschlechtsspezifischen Funktionen auch geschlechtsspezifische Phantasien hervorruft:

> So wird sich das Kind des Geschlechtsunterschiedes schon beim Urinieren bewußt: Das Mädchen erlebt das Urinieren mehr als passives Laufenlassen, der Knabe mehr als erfolgreichen, zeilgerichteten Akt (FENICHEL 1945). Anatomische und physiologische Unterschiede bedingen ein unterschiedliches Körperbild, ein nicht identisches Selbst (HERTZ/MOLINSKI 1979), denn das Ich ist vor allem ein körperliches (FREUD 1923,XIII,253)! Der Menstruationszyklus, oft als Sphinkterinsuffizienz erlebt (LEWIN 193o), und die rezeptive Funktion des weiblichen gegenüber der penetrierenden des männlichen Genitale akzentuieren schon früh einen geschlechtsspezifischen Weltbezug (ENGEL 1976; BRÄUTIGAM 1975) und prädisponieren zu bestimmtem Verhalten(GILKINSON 1937). Es ist für die psychische Entwicklung also wichtig, welchen eigenen Körper ein Individuum erlebt.

Bei Jungen entwickelt sich interessanterweise die Geschlechtsrollenidentät eher: Schon im Alter von 3 Jahren bevorzugen Jungen männliche Objekte, Spielgegenstände, Verhaltensweisen und lehne weibliche ab; Mädchen aber bevorzugen in diesem Alter noch häufig "Jungenspielzeug", ihre geschlechtsspezifische Identität bildet sich erst viel später und weniger eindeutig; zeitlebens wird von beiden Geschlechtern die männliche Rolle weit höher eingeschätzt als die weibliche (LEHR 1972).

4. Inwieweit determiniert die Kultur geschlechtsspezifisches Verhalten? Stimmt die Theorie der kulturellen Relativität männlicher und weiblicher Eigenschaften?

> Die Ergebnisse fallen nicht eindeutig aus:
> Margaret MEAD (1955) schreibt, die jeweils hypostasierte Polarität von Männern und Frauen habe überall auf der Welt zu Analogien zwischen Gut und Böse, Stärke und Zartheit, Standhaftigkeit und Wankelmut, Sonne und Mond animiert; doch werde eben in der einen Kultur diese, in einer anderen jene Eigenschaft der Frau oder dem Mann zugeschrieben, mal bedürfen die Knaben, ein anderes Mal die Mädchen fürsorglicher Liebe, mal gelten die Frauen für Betätigungen außer Haus zu schwach, mal dienen sie als geeignete Trägerinnen schwerer Lasten, mal werden Frauen als Quelle magischer Kräfte verehrt, mal sei ihnen wie im Koran der Zugang zum Himmel verwehrt u.s.f.; auch innerhalb einer Kultur wandele sich das Bild der Frau und des Mannes: Stand noch hinter der mittelalterlichen Hexenverbrennung das Motiv der projektiven Abwehr und die gemeinsame Aktion gegen (sexuelle) Impulse in ihrer angstfreien Form (vgl. HEIGL A. 1972), so haben Frauen unserer Zeit weniger das Signum der teuflischen Verführung zu ertragen.
> MEAD berichtet in ihrer berühmten Untersuchung über die Tschambuli von einer Geschlechtsrolleninversion, um zu zeigen, daß geschlechtsspezifische Psychologie nur von kulturellen Gegebenheiten abhängt und demzufolge inhaltlich hoch variabel sei:
> Dieser Südseestamm zeigt tatsächlich eine "verkehrte" Geschlechtspsychologie; Frauen sind dominierend, sachlich, nüchtern, Männer aber emotional abhängiger, einordnungsbereiter, verantwortungsscheuer.
> Allerdings gibt MEAD auch gleich eine Erklärung dafür: Kurz zuvor noch waren die Tschambuli Kopfjäger gewesen und die Männer fast ausschließlich für diese Tätigkeit erzogen worden; doch als die Kolonialmacht dieses

> Tun wirksam verbot, verloren die Männer Prestige und Selbstachtung, während die Frauen ihren Funktionsbereich behielten und fortan den aktiven Part übernahmen.
>
> D'ANDRADE (1966) widerspricht der These der völligen Relativität der Geschlechtsunterschiede: Hinsichtlich der Geschlechtsrollen nämlich gäbe es in nahezu allen Gesellschaften Gemeinsamkeiten; schwere und organisatorische Arbeiten verrichteten meist Männer, deren Autorität und Durchsetzungsfähigkeit gewöhnlich stärker sei; Frauen seien mehr sozialbezogen, emotional ansprechbarer, bereiter zu Hilfe und Pflege etc.

Letztlich aber dürfte doch der Bedeutungsgehalt von "männlich" und "weiblich" hoch variabel, zeitlich wandelbar, durch das kulturelle Umfeld bestimmt und das Resultat sozialer Polarisierung sein. Aufgaben und Charakterzüge von Männern und Frauen sind in einzelnen Kulturen unterschiedlich definiert. Außerdem ist ontologisch das Paar "männlich-weiblich" nicht meßbar. (BRÄUTIGAM 1979; FENICHEL 1945; ADLER 1928; ANASTASI 1976; JUNG 1948)

> So warnen denn auch Vertreter der marxistischen Persönlichkeitsauffassung vor einer zu starken Psychologisierung der menschlichen Wesensbestimmung, da sonst das konstitutive Moment der Produktionsverhältnisse vernachlässigt werde (HOERZ 1975).

Andererseits wird offensichtlich kulturunabhängig das Gegengeschlecht stets komplementär und die eigene Persönlichkeit ergänzend phantasiert; was auch immer als männlich gilt, dann ist das dazu Komplementäre und Kompensatorische das Weibliche (HERTZ/MOLINSKI 1979) als Ausdruck eines recht simplen dichotomen Denkens (GEBHARD 1978), da ja in Wirklichkeit eine solche Polarität zwischen Mann und Frau nicht besteht (TERMAN/TYLER 1963).

So konnten sich denn auch auf diesem Polaritätsphantasma universelle Herrschaftsstrukturen aufbauen:

> Im Bestreben, die stets lückenhafte Erkenntnis durch zusätzliche Phantasiegebilde zu erweitern und so eine in sich geschlossene, widerspruchsfreie Welt als Arbeitshypothese zu schaffen, was zwar zu illusionärer Verkennung führen, aber auch eine auf fruchtbaren Hypothesen beruhende Problembewältigung ermöglichen kann (HEIGL/HEIGL 1961), ist aber menschliches Denken auch auf solche unreflektierten Phantasien angewiesen. Allen Objekten wird ein Geschlechtscharakter zugesprochen, alle Substantiva und Adjectiva sind maskulin, feminin oder ne-utrum (=keines von beiden).
> Andererseits ist die Polarität männlich-weiblich keinesfalls die erste und wichtigste, die vom sich entwickelnden Bewußtsein erfaßt wird: Erster Gegensatz im Leben ist vielmehr der von Ich versus Nicht-Ich gegen Ende des frühoralen Universums, ein ebenfalls früherer und bedeutsamer ist der zwischen Herrschaft und Unterwerfung in der analen Objektbeziehung.
> Trotzdem wird für die menschliche Vorstellungskraft die männlich-weibliche Syzygie zu einem überaus wichtigen Gegensatzpaar (JUNG 1978): Als Dualprinzip "aktiv-hell-oben" vs. "passiv-dunkel-unten-chaotisch" beherrscht es den Mythos (etwa: Uranos-Gaia) wie die Philosophie (etwa die chinesischen kosmogonischen Yin und Yang oder das aristotelische Form-Materie-Modell mit der für die moderne Wissenschaft so wichtigen

> zweiwertigen Logik) (vgl. DIEMER 1976). Die soziale und politische Realität, die normative Rechtsordnung, religiöses, künstlerisches und zwischenmenschliches Verhalten sind allesamt wesentlich vom Phantasma dieser Realität bestimmt (SCHELSKY 1968; VAN DE SPIJKER 1977).
> Noch heute ist die soziale Inferiorität der Frau Realität: Zwar dürfen Frauen in Deutschland seit 1907 studieren (KÜRTHY 1978), zwar besitzen Frauen in den meisten Gesellschaften gleiches Stimmrecht und (scheinbare) rechtliche Gleichberechtigung, zwar hat dieser Grundsatz der Gleichberechtigung (Art.3 Abs.2 GG) durchaus greifbare Verbesserungen etwa des Familien- und Eherechts bewirkt (vgl. BELCHAUS 1977), doch ist in praxi dieses Grundrecht, niemand dürfe wegen seines Geschlechts benachteiligt werden, keinesfalls verwirklicht: Das Einkommen einer Frau ist bei gleicher Arbeitsleistung geradezu immer deutlich niedriger; die weibliche Arbeitslosenquote liegt viel höher; in gehobenen Positionen sind Frauen klar unterrepräsentiert (vgl. STATIST.BUNDESAMT 1980).
> Wie schwer wiegt da die Warnung SCHELSKY's (1968), eine Nivellierung der Komplementarität der Geschlechtsrollen untergrabe die tradierte Kultur und bereite die Reprimitivierung zum Einheitsmenschen durch Aufgabe sozialer Differenzierung vor?

Offensichtlich hängt die kulturelle Definition der Geschlechtsrollen mit der ökonomischen Situation zusammen: Je abhängiger die Frau von der Position des Mannes, desto stärker machen sich geschlechtsspezifische Unterschiede bemerkbar (LEHR 1972).

> Je größer umgekehrt die den Frauen eingeräumte Unabhängigkeit, desto unauffälliger werden die Unterschiede. Dennoch aber scheint eine bloß ökonomische Veränderung zu einer wirklichen Änderung der weiblichen Inferiorität bei weitem nicht auszureichen, sind doch die Rollenvorstellungen zu tief internalisiert, und zwar nicht durch ökonomische Prozesse (LEHR 1972).

Grundsätzlich scheinen die deutlichsten Geschlechtsunterschiede in niederen sozialen Schichten aufzufinden sein (LEHR 1972).

Zusammenfassend kann als Ergebnis des Exkurses festgestellt werden, daß klare Unterschiede in Erleben und Verhalten zwischen den Geschlechtern keinesfalls empirisch so eindeutig nachweisbar sind, wie dies angesichts der sonst so klaren Vorstellungen der Menschen von "männlich" und "weiblich" zu erwarten gewesen wäre! Diese Vorstellungen also sind nicht durch empirisches Vorgehen gewonnen worden, vielmehr scheinen sie sich von einer selektiven Wahrnehmungsbereitschaft des Menschen abzuleiten.
Die Geschlechtsrollendifferenzierung ist weniger Ergebnis angeborener, "natürlicher" Faktoren als Resultat diverser Sozialisationsprozesse, etwa des Sozialen Lernens, der Identifikation oder kognitiver Prozesse sowie schließlich kultureller Rollenvorstellungen, die aber keinesfalls zeitlich konstant und interkulturell verbindlich sind.
Nicht geklärt aber ist die Frage, welche Mechanismen dafür verantwortlich sind, daß in nahezu allen Kulturen die wesentlichen Geschlechtsunterschiede, etwa die Inferiorität des Weiblichen, gleichermaßen soziale Realität sind.

3.5 Die feministische Position als Antithese

Alle Gespräche über Emanzipation, so Alice SCHWARZER (1977), landeten schließlich in der Sackgasse, am "kleinen Unterschied" aber sei doch nun nichts zu rütteln; dieses Argument aber sei nur biologischer Vorwand, da Mannestum und die magische Kraft zur Weltbeherrschung nun wirklich nicht in diesem "kleinen Unterschied" liegen könne:

Biologie sei nicht Schicksal, sie werde erst nachträglich dazu gemacht. "Männlichkeit" und "Weiblichkeit" seien nicht Natur, sondern Kultur, Ergebnis einer in jeder Generation neu erzwungenen Identifikation mit Herrschaft und Unterwerfung.

> Nicht Geschlechtsorgane, sondern Macht und Ohnmacht machten aus Menschen Männer und Frauen. Geboren werde man nicht als Mann oder Frau, man werde erst später dazu gemacht (BEAUVOIR 1960).

Erst die "Ideologie vom Unterschied" habe es fertig gebracht, alle zu verstümmeln, Menschen in unnatürliche Geschlechtsrollen zu zwängen und eine tatsächliche (!) Kluft zu schaffen: Jetzt fühlten, dächten, lebten Männer und Frauen mittlerweile wirklich unterschiedlich. (SCHWARZER 1977)

> Nun bestimme nichts anderes, nicht Rasse noch Klasse, ein Menschenleben derart wie das Geschlecht. Zwar seien auch Männer dabei unglücklich Betroffene, Opfer ihrer Rollen, doch wären Frauen noch viel schlechter dran als Opfer der Opfer: Ihre Ausbeutung habe sich ständig verschärft, sie hätten mehr als je zuvor zu arbeiten.
> Auch die Welle der sog. "sexuellen Befreiung" habe den Frauen mehr geschadet als genutzt: Weder ihre Abhängigkeit von den Männern noch die Unwissenheit über ihren Körper habe sich geändert, dank Aufklärung und Pille aber hätten sie mehr denn je zur Verfügung zu stehen; gerade in der koitalen Penetration komme der Objektstatus der Frau, in der Prostitution auf die Spitze getrieben, besonders zum Ausdruck.

Inzwischen sei es soweit gekommen, daß den Frauen eine eigene Identität fehle; daher bestehe ihre Abhängigkeit von Männern durchaus nicht immer nur gegen ihren Willen, vielmehr seien die Gewaltstrukturen viel subtiler:

> Meist aber werde die Frau dennoch mit hilfloser Zustimmung zum Anhängsel des Mannes; bei Eheschließung verliere sie mit dem Namen letzte Reste ihrer eigenen Identität.

Also nicht allein die männerbeherrscht Umwelt, sondern in gleichem Maße das verinnerlichte (!) Bewußtsein weiblicher Inferiorität stehe einer Emanzipation im Wege.

SCHWARZER (1977) entwickelt auch ein genetisches Modell für diese eindeutigen Machtbeziehungen: Der in der Kindheit bestehende Zwang zur weiblichen Rolle verwirre das Mädchen; nach einer Phase der Auflehnung schicke es sich aber schließlich und übernehme die anerzogene Frauenrolle mit dem aufgesetzten Mythos von der romantischen Liebe.

> Anfangs sei noch eine Jungmädchen-Solidarität mit dem eigenen Geschlecht vorhanden, doch griffen bald die nur heterosexuellen, erzwungenen Normen.

In der anschließenden Wandlungsphase zur Frau herrschten Einsamkeit, Unsicherheit und die Überzeugung, nur ein Mann könne das häßliche und dumme Entlein zum Schwan machen. Selbst sei die Frau nichts, ohne eigenes Bewußtsein existiere sie nur in Relation zum Mann, ohne eigene Lebensperspektive warte (!) sie auf einen netten Mann und nette Kinder. Sexuelle Kontakte würden zumeist als Pflichtübung, als Prostitution erlebt, mit welcher menschliche Nähe bezahlt werde; generelle Abhängigkeit und Ignoranz ihrer seelischen und körperlichen Bedürfnisse aber führe oft zu Frigidität: Wirklich sexuell erlebensfähig sei eine Frau nur, wenn die objektive Dominanz des Mannes durch dessen subjektive Schwäche gemildert werde und so nicht ein allzu krasses Macht-Ohnmacht-Verhältnis vorliege; männliches Potenzgehabe habe also keinen hetero-sexuellen Nutzen, denn Frauen gelte es offensichtlich nicht.

Dennoch bedeute eine Ehe für die Frau meist ein wenig Sicherheit vor Einsamkeit und Mutlosigkeit; sie sei Flucht vor der den Frauen fremden und verwehrten Außenwelt in eine die Erwartungen aber letztlich nicht erfüllende Innenwelt. Aufbrechende Widerstände zerschellten an den massiv verunsichernden Normen: Hören und auch selbst glauben würde eine Frau dann, sie sei nicht normal und an allem Unwohlsein selbst schuld; meist werde sie noch zusätzlich durch die permanenten Schuldgefühl gelähmt, die sie ob ihrer aggressiven Impulse gegenüber Mann und Kindern hege.

Das ständige Minderwertigkeitserleben infolge dauernder Überforderung, rund um die Uhr als Mutter, Ehefrau und Hausfrau zur Verfügung zu stehen und das steigende Gefühl ewigen Versagens an diesen Aufgaben treibe die Frau häufig in die Krankheit!

(Damit kommt SCHWARZER, obgleich auf völlig anderem Wege, zu durchaus den aus dem FREUD'schen Konzept abgeleiteten Hypothesen zum Gesundheitsverhalten analogen Prognosen, daß nämlich eine Frau öfter medizinische Institutionen inanspruchnimmt als ein Mann).

Die stabilste Fessel der Frau sei die Mutterschaft, der von Männern erfundene Mutterinstinkt: Aus der Fähigkeit zur biologischen Mutterschaft folgere die Gesellschaft die Pflicht zur sozialen Mutterschaft, ein Leben lang unbezahlt selbstverständlich andere zu versorgen und zu trösten.

Um die Frauen zu solcher Gratisarbeit zu bringen, propagiere man die Schönheit der Mutterschaft; doch prädestiniere die Gebärfähigkeit die Frau tatsächlich zum Kochen und Geschirrspülen? Die Verwandlung der Frauen in eine heimliche Dienstklasse sei eine ökonomische Leistung ersten Ranges gewesen; erst eine Aufkündigung der "drinnen-draußen"-Arbeitsteilung könne daher zu einer Veränderung der festgefahrenen Beziehungen führen; die momentanen Frauenberufe reichten dazu nicht aus, vermittelten sie doch nur typische Arbeitsbedingungen: Dienen, Bedienen, Aufopferung, Monotonie und Unselbstständigkeit.

Eine solche frappierende Abhängigkeit der Frau habe aber nicht immer bestanden:

SCHWARZER (1977) berichtet von Matriarchaten, wo alles umgekehrt gewesen sei: Männer machten die Hausarbeit, versorgten die Kinder, waren treu, keusch, koketter, ängstlicher, kleiner und fetter; Frauen hätten über Sexualmoral und Recht bestimmt.
Solche Matriarchate, möglicherweise im Mittelmeerraum vor unserer Zeitrechnung existent, zeigten, daß eine geschlechtsspezifische Rollen-

und Arbeitsteilung Psyche und Körper verändere: Haus und Kinder hätte das jeweils unterdrückte Geschlecht zu betreuen, und flugs weise dieses Geschlecht dann auch alle anderen Merkmale psychischer und physischer Inferiorität auf.
Damit sei doch erwiesen, daß etwa Emotionalität und Zärtlichkeit eben keine spezifisch weiblichen, sondern allgemein menschliche Züge seien, die aber nur bei Frauen systematisch gezüchtet worden seien; solche "Schwächen" seien aber Stärken; die vom Männlichkeitswahn deformierten Männer müßten sie erst wieder erlernen.

Zur Analyse oder gar zur Veränderung der geschlechtsspezifischen Zwänge leisteten Psychologie und Psychoanalyse allerdings keinen Beitrag: Anstatt mit denen ihnen zu Gebote stehenden Mitteln den Deformierungsprozeß von Menschen zu Männern und Frauen aufzuzeigen seien sie als Verkünder der "wahren" weiblichen Natur des Patriarchats liebster Einpeitscher beim Drill zur Weiblichkeit: Warum zeigten sie nicht auf, daß mit dem Ausruf "Es ist ein Junge/Mädchen" die Würfel gefallen seien, daß es da keine Zwischenwege gäbe und es nicht genüge, schlicht Mensch zu sein, daß das biologische Geschlecht nur als Vorwand zum Drill zur Weiblichkeit diene und daß auch bei gutem Willen dieser Rollenzwang nur partiell aufhebbar sei, da Unbewußtes und Gewohnheit unverrückbar im Wege stünden, ein Knabe, obgleich klein und wehrlos, genieße bereits Autorität, der selbst die Mutter unterworfen sei?

Längst sei doch folgendes bekannt: Männliche Babys würden doch systematisch drei Monate länger gestillt; die ihnen zugestandenen Eßpausen seien stets größer; erst drei Monate später würden sie durchschnittlich zur Sauberkeit erzogen, Mädchen würden also früh strenger gedrillt, ihr Wille weit stärker gebrochen.
Aus der Fülle der Belege hierfür ein Beispiel:
"Meist sauber und tagsüber trocken" sind im 21. Lebensmonat im Mittel 38.5 % der Mädchen gegenüber nur 26.7 % der Knaben (BUNDESMINISTER f. J.F.G. 1977).
Mit diesem Wissen seien doch einmal die so beliebten Statistiken zu hinterfragen, die da suggerierten, eine besondere Tendenz zur Passivität sei schon bei weiblichen Säuglingen feststellbar - welch' Wunder!

Was aber täte die Psychologie: Sie begriffe Frauen nicht als eigenständige Wesen, sondern nur als Anhängsel des Mannes; daher werde auch eine aggressive Haltung gegen Männer nur als pathologische (!) männliche Identifizierung gesehen; als Heilung werde dann ohne Zögern die Wiederanpassung an Mutterschaft und Hausfrauendasein sowie die Fixierung an den männlichen Partner angestrebt. Nicht-Unterwerfung der Frau werde also schon als pathologischer Versuch verstanden, den Mann zu erniedrigen. in Wirklichkeit aber sei die Frau mitnichten Adam's Rippe!

Gerade die sexuellen Normen, insbesondere die Gleichung "Vaginalorgasmus-Normalität", seien aber von der Psychologie als besondere Stütze der weiblichen Inferiorität zu entlarven; denn eine vaginale Penetration gehe an den Bedürfnissen der Frau vorbei, da die Vagina quasi keine Nerven habe, und verurteile sie gleichzeitig zur Passivität, Hingabe und zum Objektstatus, Männern dagegen beschere sie höchste Demonstration männlicher Potenz. Erst eine ungehinderte Rückkehr zur Pansexualität, zu FREUD's polymorpher Perversion (s. FREUD 1925,XIV,64) könne das Herrschafts-Unterwerfungssystem durchbrechen.

3.6 Synopsis: Psychische Geschlechtsunterschiede und ihre Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten

Eine Synthese der vorgestellten Denkansätze zum psychischen Geschlechtsunterschied kann im Rahmen dieser Dissertation leider nicht erarbeitet werden.

Dennoch mag als persönliche Stellungnahme folgende Anmerkung erlaubt sein:
FREUD's Pionierarbeit (ARGELANDER 197o) scheint jeweils dort allzu spekulativ, wo FREUD seinem eigenen modus procedendi untreu wird; statt unbeirrt nach unbewußten Motivationen hinter den Verhaltensmustern und den dafür angebotenen Erklärungsmodellen zu fahnden vertraut er unvermittelt der Existenz eines unumstößlichen, a priori gegebenen Phallusprimats, welches, ohne selbst hinterfragt zu werden, die Geschlechtsunterschiede erklären und deren anthropologische Konstanz beweisen könne. Hierfür erntet FREUD die feministische Kritik, nur Büttel patriarchaler Ideologie zu sein; hier setzt auch die konstruktive Kritik anderer Analytiker späterer Jahre an.
Weniger anatomische als soziokulturelle Einflüsse scheinen für die Entwicklung psychischer Geschlechtsunterschiede von Bedeutung; hinter kulturellen Normen und sozialen (Herrschafts-)Beziehungen aber können wiederum unbewußte Motive aufgespürt werden (s.etwa MENDEL 1972).

Wie konnte es zur Inferiorität des Weiblichen kommen? Gewiß ist der Penis für die anale Psychodynamik ein überlegenes Organ, tauglicher für gezielte Aggressionen und sadistische Allmachtsphantasien, angst- und schuldgefühlmindernd, einer Realitätsprüfung hinsichtlich der phantasierten Verwundung des Selbstes zugänglicher; gewiß auch kommt dem um körperliche Integrität bemühten Ich ein aktives Sexualstreben gelegener als ein passiv-masochistisches, welches an die Zeit des Ausgeliefertseins an eine invasive Mutter gemahnt.
FREUD's Konzept des Penisneides aber dürfte nicht bis an die Wurzeln der Phänomene heranreichen: Weiblicher Penisneid scheint nämlich zum einen nur eine defensive Schutzkonstruktion gegen angstbesetzte sexuelle Wünsche zu sein, zum anderen ist er wohl eine rationalisierende Erklärung für ein viel tieferes weibliches Insuffizienzerleben.
Wo aber könnte sich dieses Minderwertigkeitsgefühl herleiten? Penisneid, typisch weiblicher Narzißmus, spezielle weibliche Schuldgefühle, all diese Dinge existieren als soziale Realität, aber sie scheinen nicht "natürlichen", biologischen Ursprungs und können daher schlecht reklamiert werden, wenn die Quelle der weiblichen Insuffizienzgefühle eruiert werden soll. Andererseits nutzt auch der globale Hinweis wenig, soziokulturelle Normen und Zwänge seien dafür letztlich verantwortlich, denn diese selbst sind auch nicht vom Himmel gefallen, sondern aufgrund unbewußter Motivationen in allererster Linie entstanden.
Woher leitet sich aber dann das weibliche Insuffizienzerleben ab, wenn nicht von angeborenen oder soziokulturellen Faktoren?

Der Autor ist der Ansicht, wichtigster Faktor für die geschlechtsspezifische Entwicklung und die Gestaltung des psychischen Geschlechtsunterschiedes ist die simple Tatsache, daß die Mutter eine Frau ist!
Nur das Mädchen muß sein so wichtiges erstes Objekt aufgeben und mit ihm, dem alles spendenden, ödipal rivalisieren, was in der Tat spezifische Schuldgefühle weckt, und dann zur Aufrechterhaltung der Triebentmischung das zweite Objekt, das Männliche, idealisieren, was die eigene Selbstverwirklichung wesentlich hindert; da hat der Knabe doch einen weit angenehmeren Rivalen, ist doch nicht der Vater jenes so früh versagende und so nachhaltig invasiv-bedrohliche Objekt, welches ödipal anzugreifen viel stärkere Vergeltungsangst erzeugt. Außerdem ist es die Mutter

selbst, die unbewußt ihren Kindern ganz unterschiedlich begegnet: Zur Tochter ist eine Mutter stets mehr oder weniger ambivalent eingestellt, versagender, weniger narzißtische Zufuhr spendend (vgl. FREUD, GRUNBERGER); umso schwerer wird es für das Mädchen, die Quelle der Zufuhr ödipal anzugreifen; so bleibt die Abhängigkeit des Mädchens groß, es ermangelt ihm an gefestigter Identität, seine Befreiung aus der mütterlichen Allmacht heraus bleibt unvollständig.
Der Penisneid kaschiert wohl nur den Wunsch, eine dem Knaben gleich gute Beziehung zur Mutter zu haben und so auch zu gleicher Autonomie und Selbstverwirklichung zu gelangen statt Gefangene des quälenden Minderwertigkeitserlebens zu bleiben. Der Penis wird als Zeichen der dem Mädchen fehlenden narzißtischen Integrität geneidet, die Menstruation dagegen als Zeichen der fortdauernden mütterlichen Macht verstanden.

Der Knabe hat es in seiner Entwicklung wesentlich leichter: Weniger mütterliche Ambivalenz behindert ihn, von einer sicheren Warte aus kann ihm dann auch der Sieg im Kampf um Autonomie gelingen, er braucht sein erstes Objekt nicht anzugreifen und entwickelt viel weniger ödipale Schuldgefühle. Dennoch scheint ihm sein Sieg ungewiß, darum baut er gern den Phallus zum beherrschenden Symbol aus und beschwört die Überlegenheit des männlichen Prinzips; die weibliche Inferiorität garantiert dabei den männlichen Triumph in der polaren analen Objektbeziehung.
All diese mehr oder weniger vorgezeichneten Entwicklungsschritte hin zu einer geschlechtsspezifischen Psyche sind aber nach Ansicht des Autors unabdingbar mit der Voraussetzung verknüpft, daß es mit der Mutter eine Frau ist, welche erstes Objekt für das Kind ist.
Was aber wird dann aus den momentanen psychischen Geschlechtsunterschieden, wenn in Zukunft nicht mehr in jedem Fall die Mutter die Pflege des Säuglings übernehmen sollte?
In früherer Zeit war die Frau mehr oder weniger dazu gezwungen, sich dem Säugling zu widmen, spendete sie ihm doch die Milch; heutzutage aber gibt es auch industriell gefertigte Flaschenmilchnahrung, die eventuell diese Verhältnisse revolutionieren kann, denn nunmehr ist es nicht notwendig eine Frau, die sich um den Säugling kümmert.
Ganz offen stellt sich damit die Frage, ob sich Dominanz und Minderwertigkeitserleben bei den Geschlechtern umgekehrt zur heutigen Situation verteilen, sollten nur Männer die Säuglingspflege übernehmen! Der Einwand, die Schwangerschaft aber sei doch wenigstens immer stets weiblich, trägt da auch nur bedingt, da es vielleicht bald schon die Möglichkeit gibt, in größerem Stil extrakorporal das Schwangerschaftsprodukt zu entwickeln.

In früheren Jahrhunderten mag die Rollenaufteilung "Frauen-Kinder/Haushalt" "Männer-Versorger" geboten gewesen sein wegen der weiblichen Stillfähigkeit und der besonderen Schutzbedürftigkeit der Frau während der Schwangerschaft. So wurden in fast allen Gesellschaften die öffentlichen Angelegenheiten den Männern und die Kinderaufzucht den Frauen übertragen. Für die technische Zivilisation aber wird die Annahme fragwürdig, nur Mütter könnten Kinder erziehen und eine Frau sei nur als Mutter ausgefüllt. (KAGAN 1978; KÜRTHY 1978; MEAD 1978; GEBHARD 1978).

Die Nachteile einer solchen elterlichen Arbeitsaufteilung: Kinder haben kaum Kontakt zum Vater, welcher viel Einfluss auf die Erziehung und damit manche Lebensqualität verliert und dessen Ansehen bei beruflichem Mißerfolg stark gefährdet ist; Frauen bleiben untergeordnet, niedrig bezahlt, isoliert, haben wenig soziopolitische Teilhabe (LILJESTRÖM 1978); für die Frau kommt es zum klassischen Konflikt, die männliche Rolle weit höher einzuschätzen, sie aber gleichzeitig für unerreichbar zu halten (GOODMAN 1978). OEHNOFF (1978) spricht von der

"vaterlosen Gesellschaft", dem Mangel an zur Identifikation geeigneten Vaterfiguren, der viele Jungen zu überkompensatorischen Maskulinität, zur Neigung zu Gewalt und zu Gefährdung durch Drogen führe; das Kind erlebe eine Frauenwelt; deswegen sei mehr Partizipation des Mannes an der Welt von Kind und Heim zu fordern.
Der Preis für die Männlichkeit ist mangelhafter Kontakt zu Kindern und Frau, aber auch die weit höhere Gefährdung durch Suicid, Alkoholismus, Straffälligkeit und Mortalität. Schon im Alter von 15 Jahren hat die Sorge um die eigene Gesundheit bei Frauen einen hohen Stellenwert, während sie bei Männern in der Präferenzskala erst ganz zum Schluß kommt (ODHNOFF 1978). "Trotz" des Patriarchats existieren Sozialfaktoren, die die Männer gesundheitlich benachteiligen (LEWIS/LEWIS 1977), etwa der soziale Druck, der sich in der befürchteten Reaktion auf eine Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen (Prestigeverlust, Versagensangst, Sanktionen des Arbeitgebers etc.) äußert (SIEGRIST 1977).

Für die Belange dieser Dissertation aber ist primär die Frage relevant, ob die aus dem FREUD'schen Konzept der Geschlechtsunterschiede abgeleiteten Hypothesen zum Gesundheitsverhalten (s. 3.3) nunmehr verworfen oder revidiert werden müssen, nachdem die anderslautenden analytischen Konzepte und die Erkenntnisse von Psychologie und Biologie betrachtet wurden. Die Antwort lautet: Nein. In der Analyse des status quo sozialer und psychischer Realität sind sich nämlich die Autoren fast alle einig, auch wenn sie verschiedene Begrifflichkeiten dabei in den Vordergrund stellen.

FREUD stellte zwar die Kastrationsangst heraus, die den Mann zur Verleugnung von Schwäche und regressiven Wünschen, etwa nach Annahme der Patientenrolle, verurteile; die heutige Psychoanalyse aber legt keine andersartigen Hypothesen für die Geschlechtsspezifität von Gesundheitsverhalten nahe, obgleich Weiblichkeit und Männlichkeit heute anders verstanden werden: Deren Verständnis ist heute tiefgehender, es bleibt weniger an der Oberfläche rationalisierender Abwehr; so werden heute mehr die prägenitalen Aspekte innerhalb der Entwicklung der psychischen Geschlechtsunterschiede in den Vordergrund gestellt.
Aber unter welchem Gesichtspunkt auch gerade der Geschlechtsunterschied betrachtet wird, stets sind sich alle Autoren einig, daß der sozialen Inferiorität der Frau im psychischen Bereich Minderwertigkeitserleben, Insuffizienzgefühle, mangelhafte Autonomie, kompensatorischer Narzißmus und eine besondere Neigung zur Regression entsprechen.
Zeigt der Mann Schwäche, so ist die der analen Mutterimago abgerungene Autonomie und damit die Herrschaft in der analen Objektbeziehung akut in Gefahr; Schwäche fällt daher beim Mann gern einer Verleugnung anheim, auch in Form von Nicht-Inanspruchnahme ärztlicher Dienstleistungen. Frauen leiden dagegen an ihrem Manko an narzißtischer Integrität und Autonomie und sind eher in der Lage, eigene Schwäche zuzugegestehen und sich auch hilfesuchend an medizinische Institutionen zu wenden.
Auch die feministische Analyse SCHWARZER's beschreibt den status quo, die Situation der Frau und des Mannes nicht anders.
Strittig ist eben hauptsächlich die Frage, ob all diese momentan nicht zu leugnenden Geschlechtsunterschiede "natürlich", angeboren, unveränderlich, schicksalshaft sind oder nicht. Hierzu sind im vorigen genug Ansichten aufgeführt worden, auch die von feministischer, biologischer und psychologischer Seite, auch die persönliche Meinung des Autors.

Für den Fortgang des Gedankengangs bleibt festzuhalten, daß die Hypothesen zum Gesundheitsverhalten (s. 3.3) nicht verändert werden.

4.0 EMPIRISCHE STUDIE ZUR GESCHLECHTSSPEZIFITÄT VON GESUNDHEITSVERHALTEN

4.1 Material und Methodik

4.1.1 Allgemeines

Das Ziel dieser empirischen Studie ist die Überprüfung der in Kapitel 3.3 aus psychoanalytischen Erwägungen zum Geschlechtsunterschied abgeleiteten Hypothesen: Ist das Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen tatsächlich signifikant unterschiedlich?
Aus der Vielzahl der Möglichkeiten, die Hypothesen empirisch zu testen, wurde folgende praktikable ausgewählt:
Da die Arztpraxis, insbesondere die des Allgemeinarztes, die "wichtigste der primären Institutionen des Gesundheitswesens (ist), die unmittelbar die Bedürfnisse nach Krankheitsvorbeugung, -erkennung und -beseitigung befriedigen" (PFLANZ 1979), sollte der Kontakt von Patienten mit einem Allgemeinpraktiker mithilfe grob klassifizierender Charakteristika, etwa der Anzahl der Konsultationen, der Diagnosen, diagnostischer Untersuchungen, Rezeptordinationen etc., einer Häufigkeits- und Qualitätsanalyse unterzogen werden. Dabei lautet die Fragestellung: Ist das Inanspruchnahmeverhalten gegenüber dieser medizinischen Dienstleistung geschlechtsspezifisch und ist die Interaktion zwischen Patient und Institution bei weiblichen Patienten eine andere als bei männlichen?
Auf diese Weise sollen die Hypothesen überprüft werden, die da unterstellen, eine Frau dürfte eher, öfter und bereitwilliger einen Arzt konsultieren und käme dabei verstärkt in den Genuß diagnostischer und therapeutischer Leistungen.

Die Studie ist retrospektiv angelegt; sie greift auf die üblichen Praxisunterlagen der Patientenkartei zurück. Dies macht die Datenerhebung recht praktikabel und schaltet subjektive Einflüsse des Untersuchers weitgehend aus.
Eine zusätzliche prospektive Untersuchung unterblieb mit Rücksicht auf das Arzt-Patient-Vertrauensverhältnis, obgleich sie ursprünglich anvisiert war; so konnte leider auch nicht der ärztliche Zeitaufwand für die einzelnen Termine registriert werden, so daß die Frage offenbleibt, ob der Zeitaufwand pro Termin für eine Patientin durchschnittlich größer ist, wie zu vermuten steht. Auch konnte kein Fragebogen eingesetzt werden, mithilfedessen subjektive Angaben der Patienten zu ihrem Gesundheitsverhalten, ihrer Konsultationsbereitschaft, der Art ihres Anliegens, ihrer Einschätzung der Arzt-Patient-Beziehung, ihrem Vertrauen gegenüber dem Arzt und ihrer Bereitschaft, ärztliche Anordnungen auch zu befolgen, hätten gewonnen

und auf eventuelle Geschlechtsunterschiedlichkeit hin hätten analysiert werden können.

4.1.2 Stichprobenwahl und Stichprobencharakteristika

Ausschlaggebend für die Wahl der Praxis war die freundliche Bereitwilligkeit des Arztes zur Kooperation. Die untersuchte Praxis für Allgemeinmedizin liegt in Düsseldorf und erfüllt damit das Kriterium einer "Großstadtpraxis" der VERDENSTUDIE (1977); sie ist einer größeren Laborgemeinschaft angeschlossen.

Das Klientel setzt sich im Beobachtungszeitraum aus ca. 37 % Rentnern, 3o % berufstätigen Arbeitern, 22 % berufstätigen Angestellten und Beamten, 2 % Selbstständigen und 9 % Kindern zusammen.

Die Patientenwahl für die Studie geschah derart, daß sämtliche im 3. Quartal 1978 die Praxis aufsuchenden Patienten in die Untersuchung aufgenommen wurden; der Beobachtungszeitraum umfaßt somit 3 Monate. 812 Patienten wurden registriert, 475 Frauen und 337 Männer, 3512 Arzt-Patient-Kontakte, 2o7o Einzeldiagnosen, 313 große Laboruntersuchungen, 521 Blutdruckmessungen, 386 Überweisungen, 1684 Rezeptordinationen mit 2917 Medikamenten, 523 Mitgaben von Präparatemustern, 135 Verordnungen von Arbeitsruhe für insgesamt 1483 Tage.

4.1.3 Erhebungsformular

Auf den 812 Erhebungsformularen wurde jeweils folgendes eingetragen:

1. Patientenkennung
   a) Geschlecht
   b) Name, Vorname
   c) Geburtsjahr, Geburtsmonat; Altersklasse
   d) Beruf (Arbeiter,Angestellter/Beamter,Selbstständiger,Rentner)
2. Arzt-Patient-Kontakte
   a) Konsultationsdaten (jeweils Tag/Monat)
   b) Anzahl der Konsultationen im Quartal
3. Diagnosen
   a) Art der Diagnosen (kategorisiert nach der VERDENER Problemliste)
   b) Anzahl der festgehaltenen Diagnosen
   c) diagnostische Leistungen
      aa) Anzahl großer Laboruntersuchungen
      bb) Anzahl der Blutdruckkontrollen
      cc) Anzahl weiterer diagnostischer Leistungen (EKG,Röntgen etc)
4. Therapie
   a) Anzahl der Rezeptordinationen
   b) Anzahl rezeptierter Medikamente
   c) Anzahl der Präparatemustermitgaben
   d) Anzahl mitgegebener Präparatemuster
   e) Anzahl der Spritzenapplikationen
   f) Anzahl der Tage, für die Arbeitsruhe verordnet wird
   g) Anzahl der Arbeitsunfähigkeitszeugnisse
   h) Anzahl der Überweisungen an Fachärzte

4.1.4 Auswertung

Nach vollständiger Datenerhebung wurden die einzelnen Daten mit den Methoden der beschreibenden Statistik ausgewertet. Verwendet wurden Mittelwerte, Standardabweichung und zur Berechnung des Signifikanzniveaus der X^2 - Test ("Chi-Quadrat-Test") als Mehr-Stichproben-Test und der MANN-WHITNEY-WILCOXON-Test als Zweistichprobentest für unverbundene Werte. Für die graphische Darstellung finden Balkendiagramme (Histogramme), Kreisdiagramme und Kurven (Häufigkeitsdichte) Anwendung.

4.1.5 Methodenkritik

Um auch nur einigermaßen die gesamte Breite des Inanspruchnahme- und Leistungsspektrums in Hinblick auf Geschlechtsunterschiede zu erfassen, hat sich diese Dissertation mit einem gröberen Raster und einer ungenaueren Trennschärfe zu begnügen; auch bleibt die Darstellung aphoristisch.

Die Beschränkung auf die Patientenkartei als einzige Datenquelle schaltet subjektive Einflußnahme des Untersuchers weitgehend aus; willkürliche oder unbewußte Beeinflussungen von Seiten des Arztes sind dagegen in ihrem Ausmaß nur schwer abzuschätzen, hat doch dieser die meisten Eintragungen zuvor vorgenommen, ohne von der Studie zu wissen. Die außerordentliche Sorgfalt und Akribie aber, mit welcher der Arzt dankenswerterweise die Kartei führt, läßt wiederum den Einfluß systematischer Verfälschungstendenzen eher als unbedeutend erscheinen.

Fehlende Daten, etwa zur Patientenkennung, wurden mit freundlicher Unterstützung des Arztes und des Praxispersonals ergänzt.
Die Beschränkung der Studie auf die Dauer eines Quartals bringt unterschiedlich lange Beobachtungszeiten für die einzelnen Patienten mit sich, ein Umstand, der allerdings für Männer und Frauen gleichermaßen gilt.

Innerhalb der Praxis dürfte die Stichprobe repräsentativ sein. Die Praxis selbst muß dagegen keinesfalls für alle Großstadtpraxen oder gar alle Allgemeinpraxen überhaupt in gleicher Weise repräsentativ sein. Doch die Ausweitung der Studie auf mehrere unterschiedliche Praxen und ein Vergleich derselben kann in dieser Dissertation aus manchen Gründen leider nicht geleistet werden.
Zum Ausgleich dieses Mankos wird besonderer Wert bei der Präsentation der Ergebnisse darauf gelegt, gewonnene Resultate mit denen bereits vorliegender Arbeiten zu vergleichen, insbesondere mit der international vergleichenden Studie von KOHN und WHITE (1976), der VERDENSTUDIE (1977) und weiteren soziologischen Studien aus der DDR und den USA.
Allerdings besteht beim Vergleich empirischer Erhebungen die methodische Schwierigkeit, daß Gesundheitsverhalten unterschiedlich sein kann, je

nachdem welche medizinische Institution Untersuchungsgegenstand ist (HENDEL-KRAMER/SIEGRIST 1979).

4.2 Ergebnisse

4.2.1 Altersverteilung

Hypothese: In jeder Altersklasse überwiegen unter den Patienten Frauen (vgl. Hypothese 3 und 4, Kapitel 3.3)

Antithese: Da erwiesen ist, daß die Morbiditätsziffern und die Mortalitätsziffern bei Männern stets höher sind als bei Frauen (vgl. Kap. 3.4.5.1), also Männer objektiv der ärztlichen Hilfe stärker bedürfen, müßten es Männer sein, die medizinische Institutionen auch stärker in Anspruch nehmen.

Es sei vorweg an die größere Lebensfähigkeit weiblicher Individuen erinnert: Prä- und postnatal sterben weit mehr männliche Individuen; Knaben haben häufiger Mißbildungen. In aller Welt haben Frauen eine ca. 1o %ig längere Lebenserwartung (BUNDESMINISTER f.J.F.G. 198o). Erwirbt ein Mensch eine Krankheit, so ist die Wahrscheinlichkeit, an dieser Krankheit auch zu versterben, um 35 % höher, handelt es sich um einen Mann (HINKLE et al. 196o).Bei 14 der 15 häufigsten Todesursachen besteht in den USA eine eindeutige Androtropie (LEWIS/LEWIS 1977).

Für den Gang der Untersuchung sollen 9 Altersklassen unterschieden werden: Klasse I für o-15-jährige Patienten, Klasse II für 16-25-jährige, Klasse III für 26-35-jährige u.s.f.

Tabelle 1.1 stellt die Altersverteilung der Patienten dar, Abbildung 1.2 verdeutlicht die Ergebnisse graphisch:

Die Verteilung zeigt einen Median bei 52.5 Jahren; sie gleicht damit dem entsprechenden Median der VERDENSTUDIE (1977) von 52 Jahren. Die stärkste Einzelrubrik ist ähnlich wie bei der VERDENSTUDIE die der 66-75-Jährigen. 1/3 der Patienten ist ähnlich wie in der VERDENSTUDIE zwischen 25 und 55 Jahren alt. Abbildung 1.1 gibt die relative Altersverteilung der Patienten wieder: Danach sind unter den männlichen Patienten weniger ältere vertreten als prozentual bei den Frauen; dies ist auch bei der höheren Lebenserwartung der Frauen und dem zusätzlichen kriegsbedingten Überschuß älterer Frauen zu erwarten.

Die geschlechtsspezifische Altersverteilung ist für die Betrachtung der Geschlechtsunterschiede von Bedeutung: Ohneweiteres sind die Patientinnen und die Patienten hinsichtlich ihres Gesundheitsverhaltens nicht miteinander vergleichbar, denn sie bilden keine homogenen und äquivalenten Gruppen; die Durchschnittspatientin ist älter als der Durchschnittspatient, daher dürfte ihr Gesundheitszustand ein anderer sein, eher ein schlechterer, daher dürfte auch ihr Gesundheitsverhalten ein anderes sein, ebenso dürfte das ihr entgegengebrachte Leistungsangebot ein anderes sein.

Wie will die Studie diese Schwierigkeit meistern und dennoch unverfälschte

TAB. 1.1 Altersverteilung der Patienten

N=812

Alter	Altersklasse	FRAUEN abs.	FRAUEN rel.	MÄNNER abs.	MÄNNER rel.
0-15	I	31	6.5	40	11.9
16-25	II	47	9.8	47	13.9
26-35	III	35	7.4	31	9.2
36-45	IV	40	8.4	45	13.4
46-55	V	54	11.4	46	13.6
56-65	VI	64	13.5	30	8.9
66-75	VII	101	21.3	68	20.2
76-85	VIII	84	17.7	26	7.7
86-	IX	19	4.0	4	1.2
Summe		475	100.0	337	100.0

ABB. 1.1 Altersverteilung der Patienten - relative Häufigkeit der Altersklassen

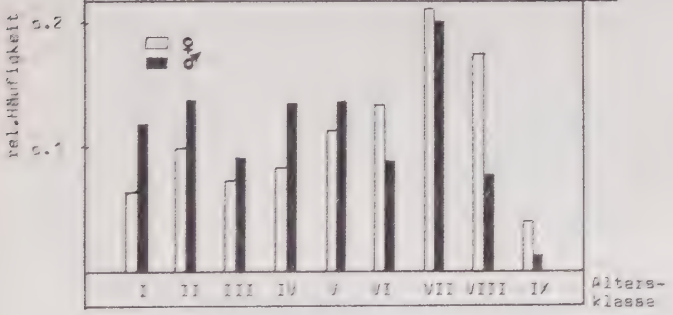
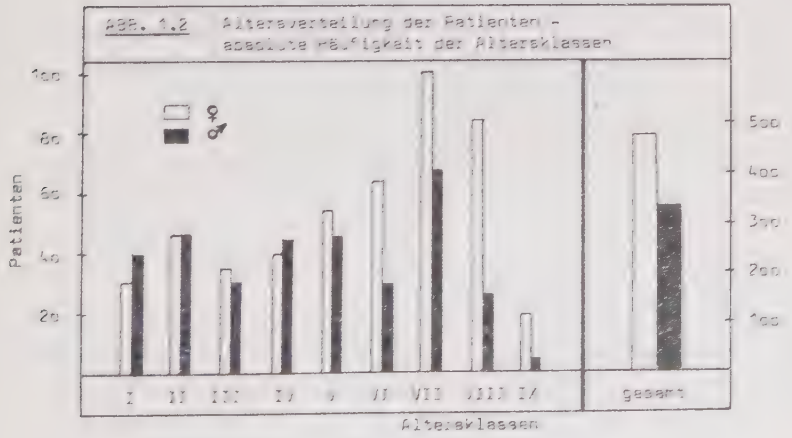


ABB. 1.2 Altersverteilung der Patienten - absolute Häufigkeit der Altersklassen



Aussagen zur Geschlechtsspezifität von Gesundheitsverhalten machen? Zum einen sollen alle Parameter differenziert werden nach Altersklassen, die dann untereinander doch einigermaßen vergleichbar sind. Zum anderen ergibt die Untersuchung zufällig (vgl. Tabelle 1.1), daß die Altersklassen II,III und IV, also die 16-45-Jährigen, 122 Frauen und 123 Männer umfassen, also zahlenmäßig gut vergleichbare Kollektive bilden; außerdem dürften gerade in diesen Altersklassen die Unterschiede zwischen Männern und Frauen weitgehend durch unterschiedliches Gesundheitsverhalten und weniger durch die objektiven Schweregrade der Krankheiten bedingt sein.
Daher sollen also nun besonders diese Altersgruppen der 16-45-jährigen Patienten auf Geschlechtsdifferenzen hin untersucht werden.

Abbildung 1.2 stellt die absolute Häufigkeit der Patienten, differenziert nach Altersklassen dar: Von 812 Patienten sind 475 Frauen (58.5 %) und 337 Männer (41.5 %).
Die VERDENSTUDIE (1977) berichtet zum Vergleich von 57.3 % Frauen und 42.7 % Männern. LEWIS und LEWIS (1977) beziffern das Verhältnis für die USA auf 6o:4o. Im Bundesgebiet waren innerhalb von 3 Monaten 73 % der Frauen und nur 59 % der Männer beim Arzt (BUNDESMINSTER f.J.F.G. 1977). 1966 waren in der BRD 31.5 % aller Männer und 5o.4 % aller Frauen in regelmäßiger Behandlung (STATIST.BUNDESAMT 1966). 198o suchten im Kreis Lindau in einem Quartal 65 % der Frauen und nur 42 % der Männer einen Arzt auf (BRENNER 198o).
Es sind also nach übereinstimmenden Ergebnissen unter den Patienten stets mehr Frauen zu finden. Aber eine nach Altersklassen differenzierende Betrachtung (Abbildung 1.2) zeigt, daß das Übergewicht der Frauen durch ihr so eindeutiges Übergewicht in den Altersklassen VI - IX bedingt ist, also bei den Personen, die älter als 55 Jahren sind; dieses Übergewicht ist jedoch auch zu erwarten, da in diesem Alter eben viel mehr Frauen als Männer noch leben. So sind im Einzugsbereich der Praxis, in Düsseldorf, 54 % der Bevölkerung Frauen und nur 46 % Männer (STATIST.BUNDESAMT 198o), da auch dort unter den Älteren die Frauen ganz eindeutig in der Mehrzahl sind.
Die Tatsache allein, daß 58.5 % der Patienten weiblich sind, reicht damit nicht als Beweis für die obige Hypothese.
Hätte die Untersuchung ergeben, daß auch unter den 16-45-Jährigen die Frauen klar in der Mehrzahl sind, so hätte dies für die Hypothese gesprochen; doch sind hier Frauen und Männer gleich stark vertreten. Die VERDENSTUDIE (1977) allerdings findet tatsächlich, daß auch in dieser Altersgruppe die Frauen mit 59 : 41 % überwiegen; KOHN und WHITE finden ebenfalls in ihrer

international vergleichenden Studie (1976) bei den 16-45-Jährigen 59 Frauen und nur 41 Männer unter 1oo Patienten. Diese Ergebnisse wiederum sprechen eindeutig im Sinne der obigen Hypothese, wonach in allen Altersklassen mehr Frauen unter den Patienten sind.
Wird noch bedacht, daß es aufgrund ihrer objektiv größeren Bedürftigkeit die Männer sein müßten, die die überwiegende Zahl an Patienten stellen, so spricht die Gesamtheit der Befunde doch eher für als gegen die Hypothese.

4.2.2 Anzahl der Konsultationstermine

Hypothese: Eine Patientin konsultiert den Arzt pro Zeiteinheit öfter als ein männlicher Patient.

Antithese: Ein Mann sucht im Mittel den Arzt öfter auf, da er seiner Hilfe stärker bedarf.

Tabelle 2.1 stellt die beobachtete Verteilung der Zahl der Termine der Patienten beim Arzt im Beobachtungszeitraum von 3 Monaten dar; Abbildung 2.1 setzt die Verhältnisse graphisch um:
Mit 1 oder 2 Terminen pro Quartal begnügen sich nur 29.6 % der Frauen, doch 45.1 % der Männer; maximal 4 Kontakte haben nur 52.1 % der Frauen, aber 71.o % der Männer; 5o % der Männer sind mit weniger als 2.4 Kontakten zufrieden, 5o % der Frauen erst mit weniger als 3.8 Kontakten. Die Kurven der kumulierten Häufigkeiten zeigen einen eindeutigen Unterschied hinsichtlich des Konsultationsverhaltens von Männern und Frauen.

TAB. 2.2 Terminzahl und Geschlecht

Geschlecht	Anzahl der Termine im Quartal					
	1	2	3	4	>4	
♀	91	49	61	46	228	475
♂	87	65	49	4o	96	337
	178	114	11o	86	324	812

Personen

$X^2 = 35.4$; df = 4; p < o.oo1

Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von o.1 % kann angenommen werden, daß eine Patientin öfter pro Zeiteinheit den Arzt aufsucht.
Um eine Verzerrung des Bildes durch die unterschiedliche Altersstruktur der Patienten zu vermeiden, werden die 16-45-Jährigen gesondert betrachtet: Tabelle 2.1 in Verbindung mit Abbildung 2.1 zeigen, daß hier die Verhältnisse ganz ähnlich liegen wie beim Gesamtkollektiv; nur 25.4 % der Frauen, aber immerhin 32.5 % der Männer im Alter von 16-45 Jahren haben nur einen Kontakt mit dem Arzt im Quartal; mit höchstens 2 Terminen begnügen sich bloß 44.2 % der Frauen gegenüber 61.8 % der Männer. Der Median liegt für Frauen etwa bei 1.65 Terminen pro Quartal, für Frauen etwa bei 2.65;

TAB. 2.1 Zahl der Termine im Beobachtungszeitraum
N=3512

Terminzahl	Häufigkeit abs.		relativ Prozent		kum.Prozent		16-45J (II-IV)	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
1	91	87	19.1	25.8	19.1	25.8	25.4	32.5
2	49	65	10.3	19.3	29.6	45.1	18.8	29.3
3	61	49	12.8	14.5	42.4	59.6	14.8	14.6
4	46	40	9.7	11.9	52.1	71.0	9.8	8.1
5	53	28	11.2	8.3	63.3	79.3	9.8	8.1
6	51	21	10.7	6.2	74.0	85.5	9.8	1.6
7	28	14	5.9	4.2	79.9	89.7	4.9	0.8
8	27	9	5.7	2.7	85.6	92.4	3.3	1.6
9	20	12	4.2	3.6	89.8	96.0	2.5	0.8
10	14	3	2.9	0.9	92.7	96.9	0.0	0.0
11	12	1	2.5	0.3	95.2	97.2	0.0	0.0
12	8	1	1.7	0.3	96.9	98.0	0.0	0.0
13	7	2	1.5	0.6	98.4	98.6	0.9	0.0
öfter	8	5	1.6	1.4	100.0	100.0	0.0	2.6
Summe	475	337	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

ABB. 2.1 Zahl der Termine im Beobachtungszeitraum - kumuliert.

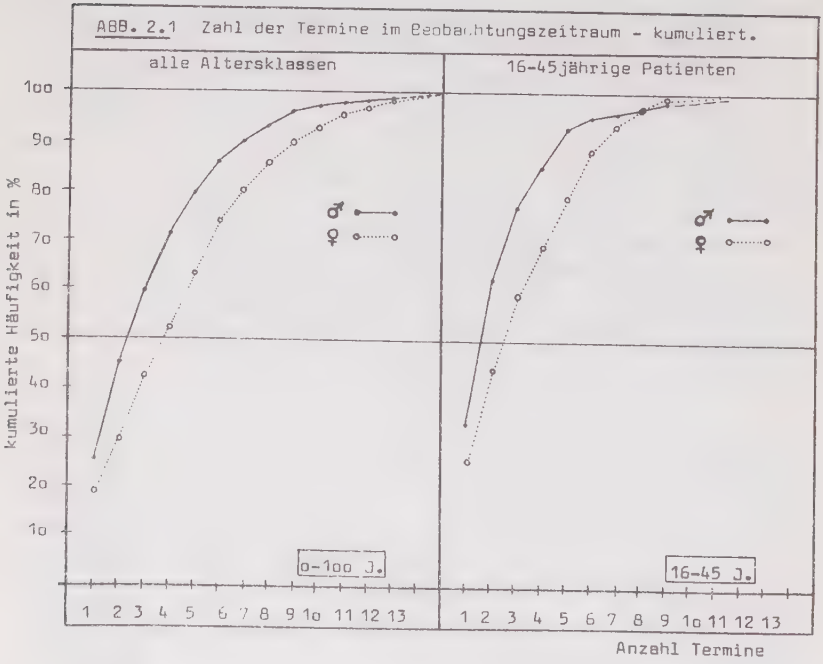


Abbildung 2.1 (rechte Spalte) veranschaulicht, daß die Konsultationsfreudigkeit einer Patientin auch in den Altersklassen II-IV (16-45 Jahre) eindeutig größer ist als die eines Patienten. Zur Signifikanzprüfung:

TAB. 2.3 Terminzahl und Geschlecht bei 16-45-Jährigen

Geschlecht	Anzahl der Termine im Quartal				
	1	2	> 2		
♀ Personen	31	23	68	122	Personen
♂ Personen	4o	36	47	123	
zusammen	71	59	115	245	

$X^2 = 7.84$; $df = 2$ $p < o.o2$

Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 2 % kann angenommen werden, daß auch im Alter von 16-45 Jahren eine Patientin pro Quartal mehr Termine beim Arzt hat als ein Patient.

Um die Signifikanz dieser Aussage noch genauer zu überprüfen, wurde der U-Test von MANN-WHITNEY-WILCOXON angewandt:

TAB. 2.4 Terminzahl und Geschlecht bei 16-45-Jährigen / U-Test

Geschlecht	Anzahl der Termine im Quartal														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1o	11	12	13	14	
♀ Personen	31	23	18	12	12	12	6	4	3	-	-	-	1	-	122
♂ Personen	4o	36	18	1o	1o	2	1	2	1	-	-	-	-	3	123

$u_x = 9oo9.5$; $u_y = 5996.5$; $\bar{u} = 75o3.o$; $n = 245$; $m = 61.25$; $s_u = 619.85$

$z_x = 2.43$; $p < o.o1$

Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 1 % kann angenommen werden, daß eine 16-45-jährige Patientin pro Quartal den Arzt öfter konsultiert als ein Patient gleichen Alters. Geht also jemand zum Arzt, so geht er öfter pro Zeiteinheit erneut hin, wenn es sich um eine Frau handelt.

Tabelle 2.5 zeigt in Verbindung mit Abbildung 2.2, wieviele Arztkontakte in jeder Altersklasse zu verzeichnen sind:

3512 Kontakte sind registriert, 4.33 pro Person und Quartal im Mittel.

In der DDR kommen auf eine Person pro Quartal 4.4 Kontakte (KREUZ/WEHRMEISTER 1974).

23o4 Kontakte mit weiblichen und nur 12o8 mit männlichen Patienten ergeben ein Verhältnis von 65.5 : 34.4 %: Klopfen hintereinander drei Patienten an die Praxistür, so sind wahrscheinlich zwei von ihnen weiblich; der Arzt begrüßt also doppelt so viele Frauen täglich in seiner Praxis wie Männer.

TAB. 2.5 Anzahl der Arzt-Patient-Kontakte pro Patient

N=3512 $\bar{X}$=4.33

Alter		Kontakte gesamt		Quotient	Kontakte Pro Pat.	
		Frauen	Männer	Frauen:Männer	FRAUEN	MÄNNER
0-15	I	66	92	42 : 58	2.13	2.30
16-25	II	167	107	61 : 39	3.55	2.28
26-35	III	123	85	59 : 41	3.51	2.74
36-45	IV	135	153	47 : 53	3.38	3.40
46-55	V	208	159	57 : 43	3.85	3.46
56-65	VI	356	134	73 : 27	5.56	4.47
66-75	VII	523	331	61 : 39	5.18	4.87
76-85	VIII	587	127	82 : 18	6.99	4.88
86-	IX	139	20	87 : 13	7.32	5.00
Summe		2304	1208	65.6:34.4	4.85	3.58

ABB. 2.2 Arzt-Patienten-Kontakte pro Altersklasse im Beobachtungszeitraum

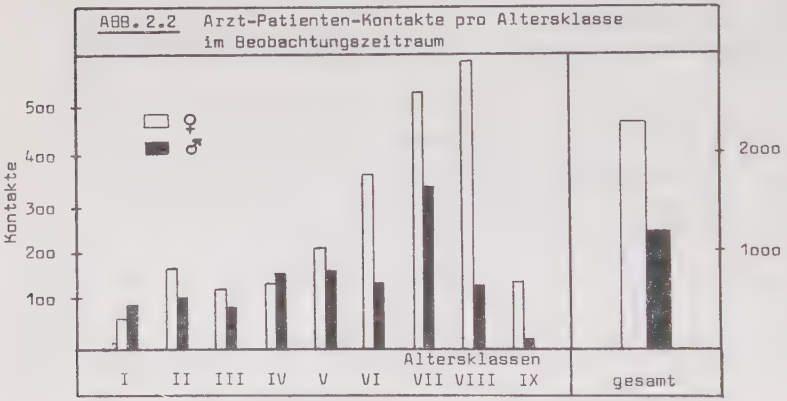
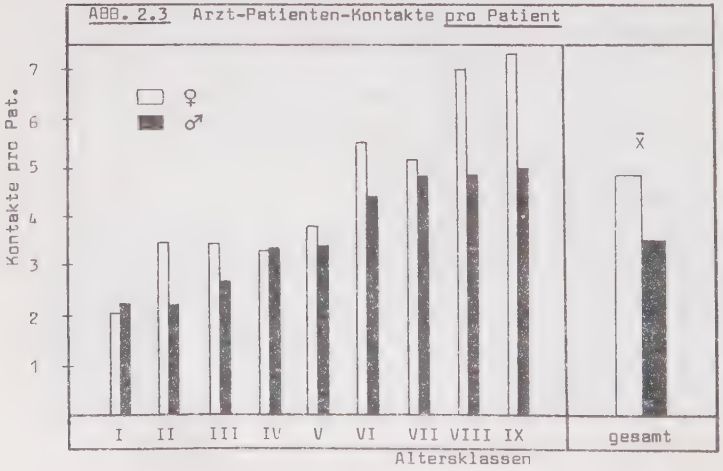


ABB. 2.3 Arzt-Patienten-Kontakte pro Patient



Detailliertere Informationen gibt Abbildung 2.3: Hier sind die Kontakte pro Patient dargestellt; in den allermeisten Altersklassen findet eine Patientin öfter den Weg zurück in die Praxis als ein Patient, lediglich die 0-15-Jährigen fallen aus dem Rahmen, ein Umstand, auf den noch genauer eingegangen wird (s. Kapitel 4.2.6). Unabhängig vom Alter also sucht eine Patientin den Arzt häufiger auf als ein Patient, sie im Mittel 4.85 mal pro Quartal, er nur 3.58 mal.

Abbildung 2.4 vergleicht das Konsultationsverhalten der einzelnen Altersklassen derart, daß die durchschnittliche Terminzahl der männlichen Patienten einer Altersklasse jeweils mit dem Wert "1.00" gleichgesetzt wird und im Vergleich dazu die durchschnittliche Terminzahl für eine Patientin der gleichen Altersgruppe aufgetragen wird. (Die Sex-Ratio berechnet sich also "Termine pro ♀" : "Termine pro ♂", differenziert nach Altersgruppen). Danach hat eine Patientin in Altersklasse I 7 % weniger Termine als ein gleichaltriger Patient, in Klasse II 56 % mehr, in Klasse III 28 % mehr, in Klasse IV 1 % weniger, in Klasse V 11 % mehr, in Klasse VI 24 % mehr, in Klasse VII 6 % mehr, in Klasse VIII 43 % mehr und in Klasse IX 46 % mehr Termine, so daß für alle Altersklassen durchschnittlich 36 % mehr Termine für eine Frau anfallen.

Um den störenden Einfluß der unterschiedlichen Patientenzahl in den

ABB. 2.4 Konsultationstermine pro Patientin (differenziert nach Altersklassen)

- Terminzahl für männliche Patienten = 1,00 -

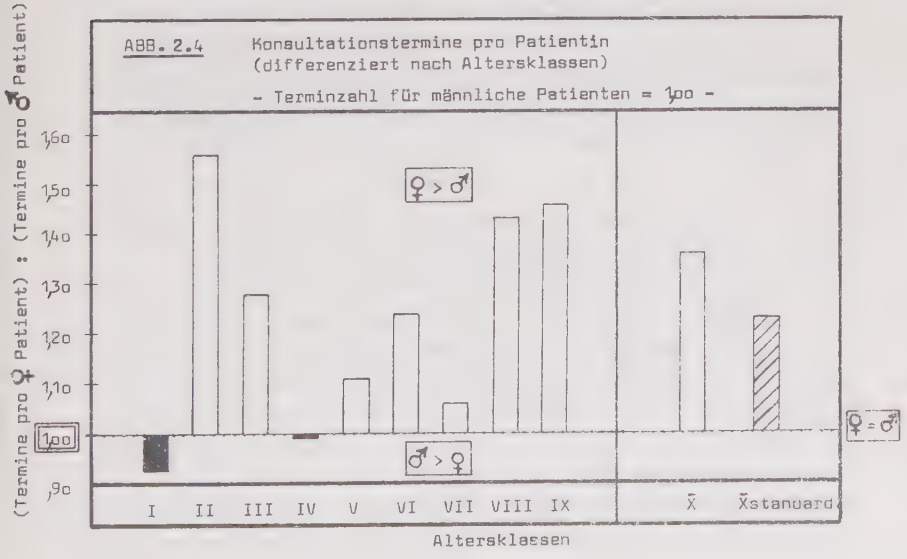
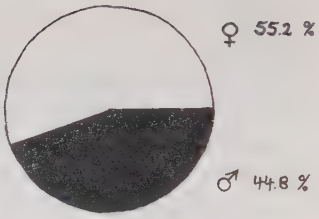


ABB. 2.5
KONSULTATIONSHÄUFIGKEIT unter standardisierten Bedingungen

(es seien in jeder Altersgruppe je 1oo Frauen und 1oo Männer)



jeweiligen Altersklassen für die Berechnung des Durchschnittswertes zu eliminieren, wird wie folgt standardisiert: Es werden von einer fiktiven gleichmäßigen Verteilung der Patienten ausgegangen und jeweils 1oo Männer und 1oo Frauen in jeder Altersgruppe angenommen und dann die zuvor ermittelten Durchschnittswerte für jede Altersgruppe auf diese je 1oo Personen hochgerechnet. Unter diesen standardisierten Bedingungen, die nicht nur ein von der unterschiedlichen Altersverteilung, sondern auch ein vom Alter der Patienten überhaupt unanbhängiges Bild abgeben, hätte eine Frau durchschnittlich 24 % mehr Termine beim Arzt als ein Mann; würden von der Untersuchung wirklich je 1oo Männer und Frauen in jeder Altersklasse erfaßt, so entfielen immer noch 55.2 % der Termine auf Frauen (s. Kreisdiagramm Abb. 2.5).
Würden nun noch ausschließlich die 16-45-Jährigen erfaßt, so ergibt sich bei gleichermaßen standardisierten Bedingungen der gleiche Wert: Wieder gibt es für eine Patientin 24 % mehr Termine als für einen Patienten.

Ganz eindeutig bestätigen die aufgeführten Befunde die Hypothese, eine Frau konsultiere den Arzt pro Zeiteinheit öfter als ein Mann. Eine Verfälschung des Ergebnisses durch die zufällige und unterschiedliche Altersverteilung der Patienten ist ausgeschlossen.

Fast sämtliche internationalen Studien kommen in der Frage der Konsultationshäufigkeit zu ähnlichen Ergebnissen:
KOHN und WHITE (1976) schreiben, "sex specific rates show generally higher rates of physican use among women then men"; so hätten z.B.1ooo Frauen innerhalb von 2 Wochen 245, 1ooo Männern aber nur 2o5 Arztkontakte; unabhängig vom untersuchten Lande bemühe sich eine Frau somit um 2o % mehr Termine; besondere Unterschiede werden bei den 16-45-Jährigen festgestellt: 1ooo Frauen hatten 269 Kontakte, 1ooo Männer dieses Alters nur 179, also 5o % weniger;"face to face contact" hatten nach Kohn und White 1ooo Frauen 16o, 1ooo Männer nur 129, bei den 16-45-Jährigen verzeichneten 1ooo Frauen 269, 1ooo Männer aber nur 179 persönliche Kontakte mit dem Arzt.
In den USA soll eine Frau durchschnittlich 1.5 mal so oft zum Arzt gehen

wie ein Mann (PFLANZ et al. 1966; LEWIS/LEWIS 1977). In der DDR werden 67.5 % der Konsultationen durch weibliche Personen vorgenommen (NIEHOFF 1976). In Finnland konsultieren Frauen um 30 % öfter einen Allgemeinarzt (NYMAN/KALIMO 1973). KREUZ und WEHRMEISTER (1974) bestätigen, daß Männer zur Beschränkung der Konsultationen neigen: 38 % der Patienten gegenüber nur 26 % der Patientinnen begnügen sich mit höchstens 2 Terminen pro Quartal.

Ähnlich steht es um die Bereitschaft, sich an Vorsorgeuntersuchungen zu beteiligen: Trotz aller Aufklärung und Werbung lassen sich stets viel weniger Männer als Frauen hierzu bewegen (WALTHER 1978), nur 14 % der Männer, aber immerhin 31 % der Frauen (BUNDESMINISTER f.J.F.G. 1977); eine"Woche der Krebsvorsorge" nutzten in Baden-Württemberg 25000 Frauen und nur 13000 Männer (GOERTTLER et al. 1975).

Ist die größere Konsultationsbereitschaft der Frauen medizinisch überhaupt sinnvoll?
Die Inanspruchnahmefrequenz kann zwar nicht mit der tatsächlichen krankheitshäufigkeit und dem "realen" (?) Bedarf gleichgesetzt werden (KIEHL 1974; PETRONI 1971), doch ist jeder Konsultationsanlaß als gleichwertig zu betrachten (NIEHOFF 1976), sonst würde man leicht eine rechtzeitige Inanspruchnahme zur Prävention schwererer Zustände für medizinisch minder wertvoll halten, obgleich doch gerade Früherkennung heutzutage zum Schlagwort wird. Außerdem hat nach der WHO-Definition auch das subjektive Wohlbefinden des Patienten bei der Definition dessen, was Gesundheit ist, berücksichtigt zu werden.
Tatsächlich scheinen es insbesondere die präventiven Anlässe zu sein, die so besonders viel mehr Frauen als Männer zum Arzt führen (BRENNER 1980), auch scheinen es die Frauen zu sein, die den Arzt viel öfter bei seelischen Schwierigkeiten ansprechen (BRÄHLER et al. 1974).
Es geht also nicht an, die Konsultationsfreudigkeit der Frauen damit abzutun, die Frauen ließen halt keine Kleinigkeit aus, schnell wieder zum Arzt zu laufen. Auch sind anscheinend häufig Erkrankte keinesfalls in jeder Hinsicht "minderwertiger" (RÜSSEL/THOLE 1969): Im Vergleich mit einer Kontrollgruppe zeigten sie elastischeres Verhalten, größere soziale Anpassungsbereitschaft und flexibleres Denken (AMTHAUER 1963; STIRN 1967); das Eingeständnis von Beschwerden scheint eher ein Zeichen von Intelligenz als die krankheitsfördernde Verleugnung derselben.

4.2.3 Anzahl der Diagnosen

Hypothese: Da die ärztliche Diagnostik ein sozialer Prozeß ist (PFLANZ 1979), bringt es die bessere Arzt-Patient-Beziehung auch mit sich, daß pro Patientin mehr einzelne Diagnosen gestellt werden als pro Patient.

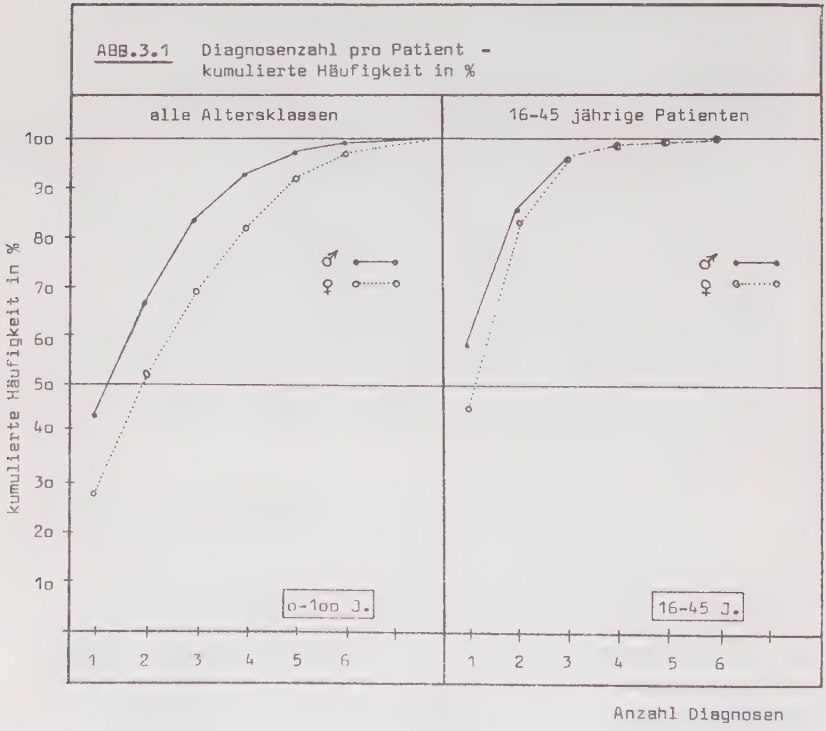
Tabelle 3.1 stellt die im Beobachtungszeitraum pro Patient gestellte Diagnosenzahl dar; Abbildung 3.1 zeigt graphisch die kumulierte Verteilung der Diagnosenhäufigkeit entsprechend den beiden rechten Spalten von Tabelle 3.1: Danach werden bei nur 28.4 % der Frauen, aber bei 42.7 % der Männer lediglich eine einzige Diagnose gestellt; höchstens 2 Diagnosen entfallen auf 66.4 % der Männer und auf nur 52.6 % der Frauen, höchstens 3 Diagnosen auf 83 % der Männer und auf nur 69 % der Frauen. Die Kurven veranschaulichen den Geschlechtsunterschied, der ebenso ausgeprägt auch bei den 16-45-Jährigen beobachtet wird: Nur eine Diagnose wird 57.7 % der jüngeren Männer und

TAB. 3.1 Diagnosenzahl und Geschlecht

N=2o7o

Diagnosen-zahl	Häufigkeit abs.		Häufigkeit rel.		kumul. Proz.		16-45 J.	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
1	135	144	28.4	42.7	28.4	42.7	45.1	57.7
2	115	8o	24.2	23.7	52.6	66.4	38.5	26.8
3	78	56	16.4	16.6	69.o	83.o	12.3	1o.6
4	62	32	13.1	9.5	82.1	92.5	2.5	3.3
5	47	15	9.9	4.5	92.o	97.o	o.8	o.8
6	24	7	5.1	2.1	97.1	99.1	o.8	o.8
öfter	14	3	2.9	o.9	1oo.o	1oo.o	o.o	o.o
Summe	475	337	1oo.o	1oo.o	1oo.o	1oo.o	1oo.o	1oo.o

ABB.3.1 Diagnosenzahl pro Patient - kumulierte Häufigkeit in %



45.9 % der jüngeren Frauen zugeschrieben; die Kurven verlaufen steiler, da Multimorbidität ja bei Jüngeren seltener ist, doch bleibt ein Geschlechtsunterschied erkennbar. Zur Signifikanzprüfung:

TAB. 3.2 Diagnosen und Geschlecht

Geschlecht	Anzahl der Diagnosen				
	1	2-3	4-5	>5	
♀ Personen	135	193	1o9	38	475
♂ Personen	144	136	47	1o	337
	279	329	156	48	812

$x^2 = 28.51$; df = 3; p < o.oo1

Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von o.1 % zeigt sich , daß Frauen mehr Diagnosen zugeschrieben werden als Männern.

TAB. 3.3 Diagnosen und Geschlecht bei 16-45-Jährigen

Geschlecht	Anzahl der Diagnosen		
	1	> 1	
♀ Personen	55	67	122
♂ Personen	71	52	123
	126	119	245

$x^2 = 3.92$; df = 1; p < o.o5

Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % kann angenommen werden, daß bei einer Patientin, die 16-45 Jahre alt ist, mehr Diagnosen gestellt werden als bei einem gleichaltrigen Patienten.

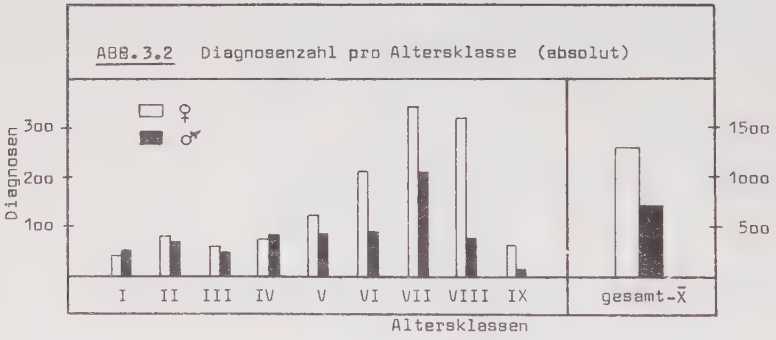
Tabelle 3.4 und Abbildung 3.2 stellen die absolute Diagnosenzahl pro Altersklasse dar: Von 2o7o Diagnosen betreffen 1332 (64.3 %) weibliche und 738 (35.7 %) männliche Patienten.
Abbildung 3.3 verbildlicht die beiden rechten Spalten der Tabelle 3.4 und zeigt, wieviele Diagnosen pro Patient in jeder Altersklasse gestellt werden: In quasi jeder Altersklasse werden danach für eine Frau mehr Diagnosen festgehalten, nur in Klasse IV und VI nicht. Eine Frau bekommt im Mittel 2.8o Diagnosen pro Person zugeschrieben, ein Mann nur 2.18; bei den 16-45-Jährigen werden bei einer Frau im Mittel 1.77, einem Mann dagegen nur 1.65 Diagnosen dokumentiert.

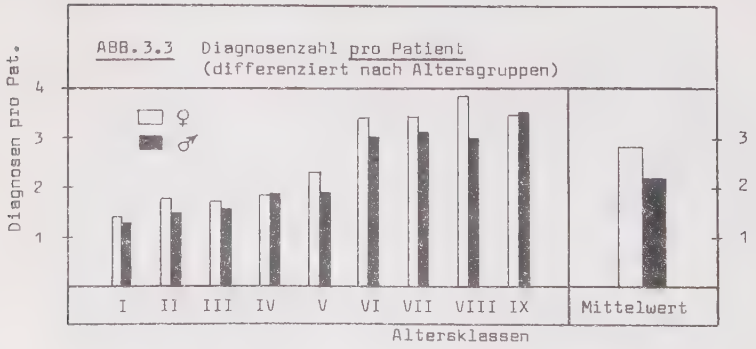
Unter standardisierten Bedingungen, es werden in jeder Altersgruppe je 1oo Frauen und 1oo Männer angenommen, würden bei einer Frau im Mittel 2.57 Diagnosen gestellt, bei einem Mann aber nur 2.31, bei den 16-45-

TAB. 3.4 Diagnosenzahl pro Patient

N=2o7o $\bar{X}$=2.55

Alter		Diagnosen gesamt		Diagnosen pro Patient	
		Frauen	Männer	FRAUEN	MÄNNER
o-15	I	43	51	1.39	1.28
16-25	II	82	7o	1.74	1.49
26-35	III	6o	49	1.71	1.58
36-45	IV	74	84	1.85	1.87
46-55	V	124	88	2.3o	1.91
56-65	VI	216	91	3.38	3.o3
66-75	VII	345	213	3.42	3.13
76-85	VIII	322	78	3.83	3.oo
86-	IX	66	14	3.47	3.5o
Summe		1332	738	2.8o	2.18

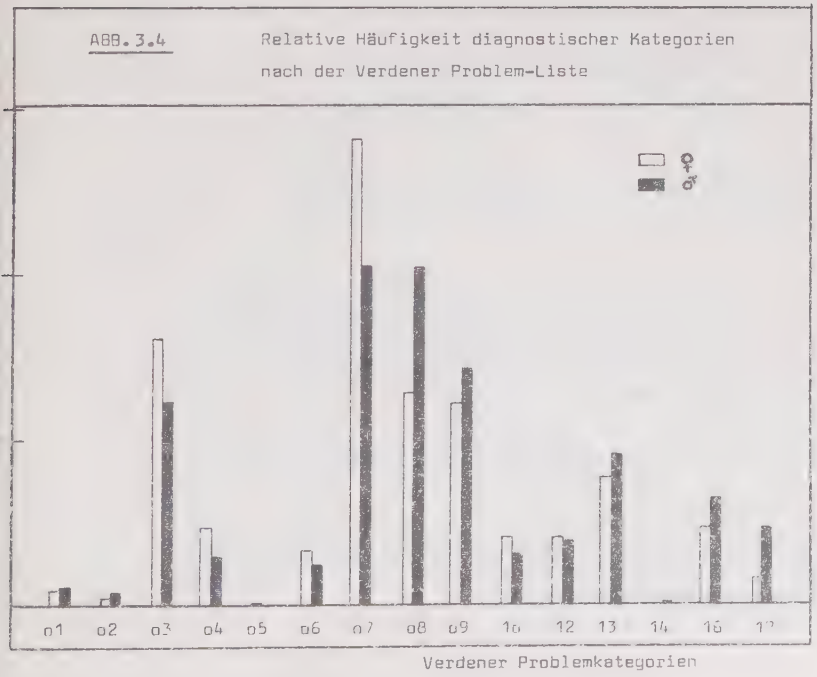




TAB. 3.5 Art der Diagnosen N=2o7o

Kategorie n.d. Verdener Problem-Liste	Diagnose	Häufigkeit			
		Frauen		Männer	
		abs.	rel.	abs.	rel.
o1	Infektionskrkhtn.	8	o.6 %	5	o.7 %
o2	Tumoren	4	o.3 %	4	o.5 %
o3	Stoffwechsel- u. allergische Krkhtn.	214	16.o %	9o	12.2 %
o4	Blutkrkhtn.	62	4.7 %	22	3.o %
o5	Psychoneurosen	2	o.1 %	o	o.o %
o6	Nervensystem- u. Sinnesorganerkrkgn.	44	3.3 %	18	2.5 %
o7	Kreislauferkrkgn.	374	28.1 %	151	2o.5 %
o8	Atemorganerkrkgn.	17o	12.8 %	15o	2o.3 %
o9	Verdauungsorgankrkhtn.	162	12.2 %	1o5	14.2 %
1o	Urogenitalerkrkgn.	55	4.1 %	23	3.1 %
12	Hautkrkhtn.	54	4.1 %	29	3.9 %
13	Bewegungsapparatkrkhtn	1o1	7.6 %	66	8.9 %
14	Mißbildungen	o	o.o %	1	o.1 %
16	diverse Symptome	61	4.6 %	47	6.4 %
17	Unfälle	21	1.5 %	27	3.7 %
	gesamt	1332	1oo.o %	738	1oo.o %

ABB. 3.4 Relative Häufigkeit diagnostischer Kategorien nach der Verdener Problem-Liste



Jährigen wären es bei einer Frau 1.77 Diagnosen, bei einem Mann nur 1.65. Damit ist die Hypothese bestätigt, daß bei einer Patientin, unabhängig vom Alter, jeweils mehr Diagnosen gestellt werden als bei einem Patienten. Dies ist um so erstaunlicher, da die gesundheitlich gefährdeteren Männer eh seltener zum Arzt gehen.
HINKLE et al. (196o) bestätigen, daß die Symptomhäufigkeit zu 62.5 % durch Frauen bedingt ist.

Tabelle 3.5 gibt Aufschluß über das dokumentierte Diagnosenspektrum, differenziert nach den Kategorien der VERDENER Problem-Liste (DREIßHOLZ/ ROHDE 1972). Abbildung 3.4 stellt die relativen Häufigkeiten der diagnostischen Kriterien graphisch dar; dabei bestätigen sich die lange bekannten Annahmen, daß die am häufigsten diagnostizierten Erkrankungen sich auf Kreislauf und Respirationstrakt beziehen, wobei Kreislauferkrankungen öfter Frauen und Respirationstrakterkrankungen öfter Männer betreffen.

4.2.4 Umfang diagnostischer Leistungen

Hypothese: Frauen kommen stärker in den Genuß diagnostischer Leistungen. Beispielhaft wurde die Anzahl vorgenommener großer Laboruntersuchungen und Blutdruckmessungen pro Patient ermittelt, da diese Leistungen in der Kartei dokumentiert sind.

TAB. 4.1 Laboruntersuchungen und Geschlecht

Geschlecht	Untersuchung vorgenommen	Untersuchung nicht vorgenommen	
♀ Personen	222	253	475
♂ Personen	91	246	337
	313	499	812

$X^2 = 32.41$; df = 1; p < o.oo1

Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von o.1 % kann angenommen werden, daß bei einer Patientin öfter Laboruntersuchungen vorgenommen werden.

TAB. 4.2 Laboruntersuchungen und Geschlecht bei 16-45-Jährigen

Geschlecht	Untersuchung vorgenommen	Untersuchung nicht vorgenommen	
♀ Personen	2o	1o2	122
♂ Personen	1o	113	123
	3o	215	245

$X^2 = 3.89$; df = 1; p < o.o5

Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % kann angenommen werden, daß bei einer 16-45-jährigen Patientin öfter Laboruntersuchungen vorgenommen werden als bei einem gleichaltrigen Patienten.

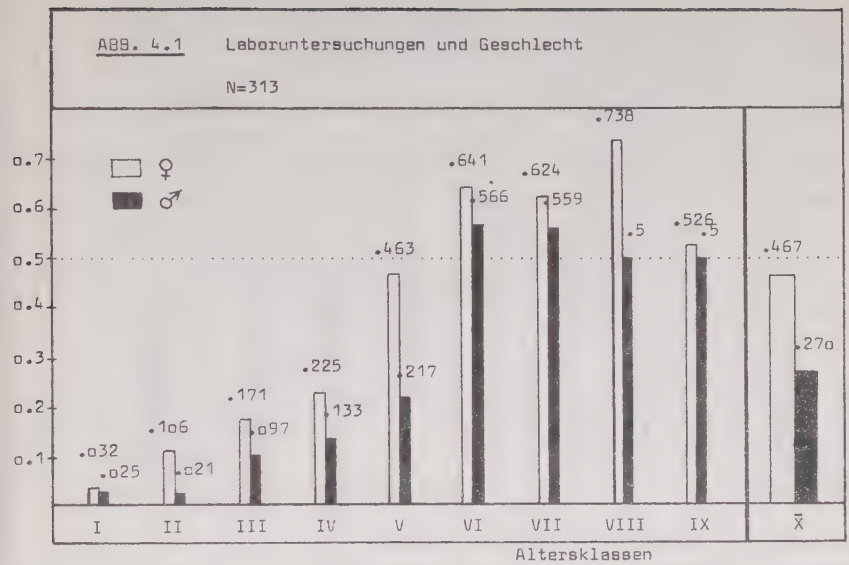


Abbildung 4.1 gibt Auskunft über die Anzahl der Laboruntersuchungen: 313 wurden vorgenommen, 222 bei Frauen (71 %) und 91 bei Männern (29 %). Damit werden bei 47 % aller Patientinnen und bei nur 27 % der Patienten die Laborwerte bestimmt. Interessanterweise werden in sämtlichen Altersklassen für eine Patientin jeweils mehr Untersuchungen angeordnet als für einen gleichaltrigen Patienten. Bei den 16-45-Jährigen werden 17 % der Frauen und nur 8 % der Männer zur Untersuchung gebeten. Unter standardisierten Bedingungen (in jeder Altersklasse wird auf je 100 Frauen und 100 Männer hochgerechnet) würden 39 % der Frauen und nur 29 % der Männer für eine Laboruntersuchung ausgesucht.

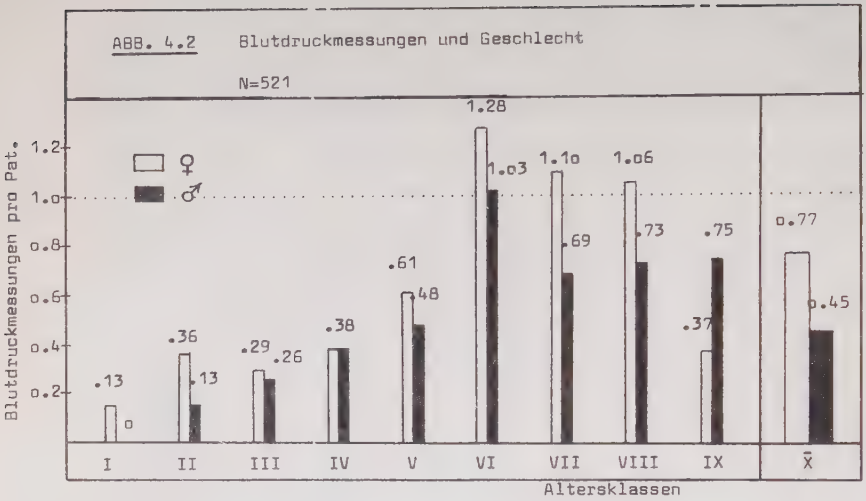
TAB. 4.3 Blutdruckmessungen und Geschlecht

Geschlecht	Messung(en) vorgenommen	keine Messung vorgenommen	
♀ Personen	225	250	475
♂ Personen	116	221	337
	341	471	812

$X^2 = 13.56$; $df = 1$; $p < 0.001$

Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 0.1 % kann angenommen werden, daß bei einer Patientin im Mittel mehr Blutdruckmessungen vorgenommen werden als bei einem Patienten.

Die Betrachtung der 16-45-Jährigen ergibt keine signifikanten Aussagen,



hier beträgt die Irrtumswahrscheinlichkeit 25 %.

Abbildung 4.2 zeigt die Verteilung der Blutdruckmessungen: Von 521 Messungen gelten 368 (71 %) Frauen und nur 153 (29 %) Männern. Eine oder mehrere Kontrollen werden bei 47 % der Patientinnen, aber nur bei 34 % der Patienten vorgenommen. Daß dieses Ungleichgewicht nicht durch durch die unterschiedliche Altersverteilung vorgetäuscht wird, zeigt die Tatsache, daß in fast allen Altersklassen, bis auf die über-85-Jährigen, der RR-Wert bei einer Frau öfter als bei einem Mann gleichen Alters bestimmt wird. Im Mittel stehen 0.77 Messungen pro Patientin und nur 0.45 pro Patient zu Buche, die Sex-Ratio beziffert sich damit auf 171:100. Bei den 16-45-Jährigen werden 0.34 Messungen pro Patientin und nur 0.26 pro Patient durchgeführt. Unter standardisierten Bedingungen fänden sich im Mittel bei einer Frau 0.66 und bei einem Mann 0.45 Blutdruckmessungen.

Insgesamt findet die Hypothese damit Bestätigung, einer Frau gleichwelchen Alters werde stets mehr diagnostische Leistung entgegengebracht als einem Mann.

4.2.5 Umfang therapeutischer Leistungen

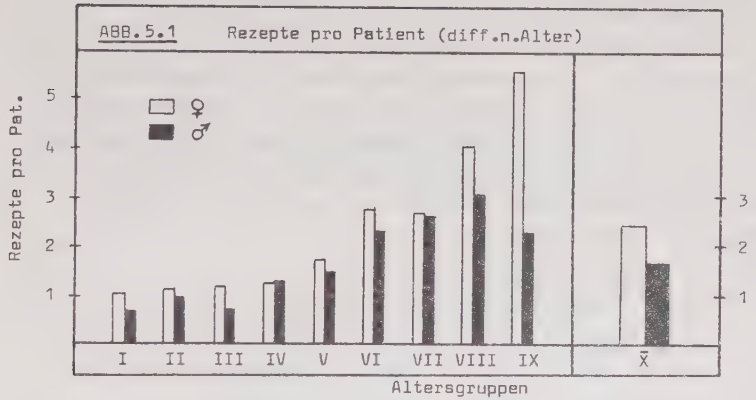
Hypothese: Ein Patient kommt dann stärker in den Genuß therapeutischer Leistungen, ist er weiblichen Geschlechts.

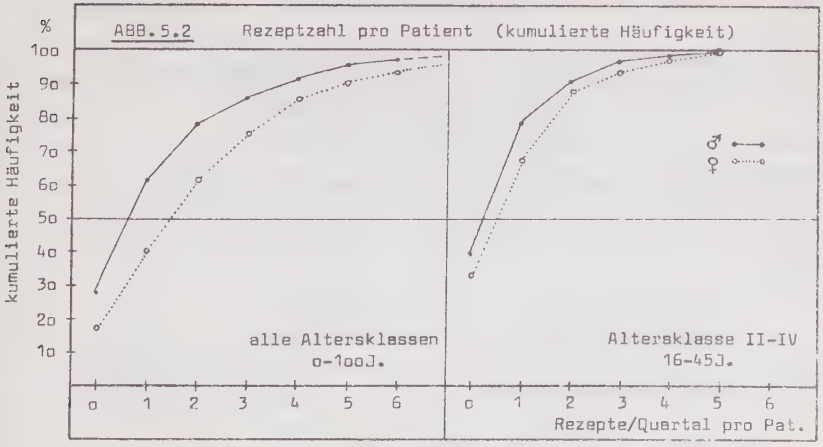
4.2.5.1 Anzahl der Rezepte

Tabelle 5.1 führt die Anzahl der im Beobachtungszeitraum pro Patient ausgestellten Rezepte auf: Danach sind von 1684 Rezepten 1136 (67.5 %)

TAB. 5.1 Rezeptzahl pro Patient (N=1684, $\bar{X}$=2.07)

Alter		Rezepte gesamt		Rezepte pro Patient	
		Frauen	Männer	FRAUEN	MÄNNER
0-15	I	31	26	1.00	0.65
16-25	II	51	44	1.09	0.94
26-35	III	35	21	1.14	0.68
36-45	IV	49	57	1.23	1.27
46-55	V	91	66	1.69	1.43
56-65	VI	172	69	2.69	2.30
66-75	VII	267	177	2.64	2.60
76-85	VIII	335	79	4.00	3.04
86-	IX	105	9	5.53	2.25
Summe		1136	548	2.39	1.63





für Frauen und 548 (32.5 %) für Männer bestimmt. Die beiden rechten Spalten der Tabelle 5.1 sind in Abbildung 5.1 graphisch umgesetzt: Danach erhält eine Patientin pro Kopf in fast jeder Altersgruppe durchschnittlich mehr Rezepte als ein Patient; nur in Altersklasse IV und VII gibt es da keinen Unterschied. Einer Patientin werden in Altersklasse I 54 % mehr Rezepte mehr ausgestellt als für einen gleichaltrigen Patienten, in Klasse II 16 % mehr, in Klasse III 68 % mehr, in Klasse IV 3 % weniger, in Klasse V 18 % mehr, in Klasse VI 17 % mehr, in Klasse VII 2 % mehr,in Klasse VIII 32 % mehr und in Klasse IX 146 % mehr, jeweils pro Person. Somit erhält eine Patientin im Mittel 2.39 Rezepte pro Quartal, jeder Patient dagegen nur 1.63; die Sex-Ratio lautet also 147:1oo. Bei den 16-45-Jährigen werden für jede Frau durchschnittlich 1.11 Rezepte im Quartal ausgegeben, für jeden Mann aber nur o.99.

Abbildung 5.2 zeigt die kumulierte Häufigkeit der Rezeptzahlen: Kein einziges Rezept bekommen nur 18 % der Frauen, doch immerhin 27 % der Männer. Mit höchstens einem Rezept pro Quartal begnügen sich nur 41 % der Patientinnen, aber 61 % der Patienten. Die rechts abgebildeten Kurven zeigen, daß die Verhältnisse bei den 16-45-Jährigen ähnlich liegen wie beim Gesamtkollektiv: Nur 68 % der jüngeren Frauen, aber 79 % der jüngeren Männer sind mit höchstens einem Rezept versorgt.

TAB. 5.2 Rezepte und Geschlecht

Geschlecht	Anzahl der Rezepte pro Quartal 0-1	2-3	4-6	>6	
♀ Personen	196	166	84	29	475
♂ Personen	2o7	85	38	7	337
	4o3	251	122	36	812

$X^2 = 34.77$; df = 3; p < o.oo1

Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von o.1 % kann angenommen werden, daß pro Patientin mehr Rezepte ausgegeben werden als pro Patient.

TAB. 5.3 Rezepte und Geschlecht / bei 16-45-Jährigen

Geschlecht	Anzahl der Rezepte pro Quartal 0-1	>1	
♀ Personen	81	41	122
♂ Personen	96	27	123
	177	68	245

$X^2 = 4.15$; df = 1; p < o.o5

Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % kann angenommen werden, daß einer 16-45-jährigen Patientin im Mittel mehr Rezepte ausgehändigt werden als einem Patienten gleichen Alters.

ABB. 5.3

REZEPTORDINATION unter standardisierten Bedingungen

(es seien in jeder Altersgruppe je 1oo Frauen und 1oo Männer)

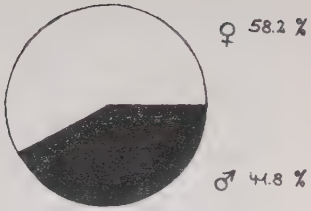


Abbildung 5.3 stellt die Verhältnisse unter standardisierten Bedingungen dar: Danach würden (unabhängig vom Alter und der unterschiedlichen Altersverteilung) 58.2 % aller Rezepte für Frauen und nur 41.8 % für Männer ausgestellt.
Sogar pro Konsultation erhält eine Patientin mit durchschnittlich o.49 Rezepten mehr als ein Patient mit o.45.

Andere Studien kommen zu ähnlichen Ergebnissen:

> Nach KOHN und WHITE (1976) werden für 58.2 % der Frauen und nur für 42.o % der Männer Rezepte ausgefüllt; bei den 16-45-Jährigen bekommen 61.7 % der Frauen und nur 35.1 % der Männer etwas verschrieben.
> LEWIS und LEWIS (1977) bestätigen für die USA, NIEHOFF (1976) für die DDR und der BUNDESMINISTER f.J.F.G. (1977) für das Bundesgebiet, daß für Frauen generell mehr Rezepte ausgefüllt werden als für Männer.

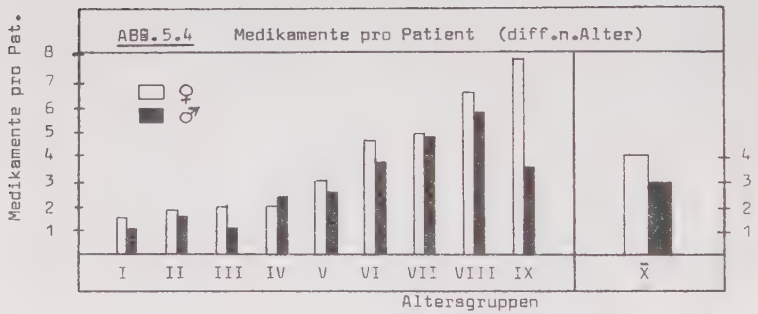
Die Rezeptordination ist die häufigste allgemeinärztliche Therapiemaßnahme (NIEHOFF 1976; VERDENSTUDIE 1977). Offensichtlich wirkt sich der in jeder Therapie vorhandene und auch durch Placeboversuche längst experimentell erwiesene zwischenmenschliche Faktor (PFLANZ 1979) im Sinne der obigen Hypothese aus, daß nämlich einer Frau stets mehr therapeutische Leistungen entgegengebracht werden als einem Mann.

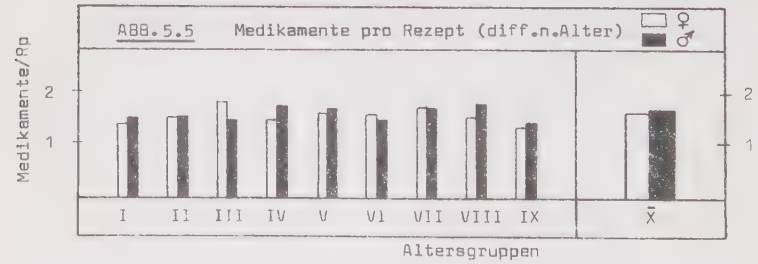
4.2.5.2 Anzahl rezeptierter Medikamente

Die soeben getroffene Feststellung würde gegenstandslos, wäre die Anzahl der verordneten Medikamente bei Männern und Frauen gleich; dann hätte das Mehr an Rezepten für Frauen wenig zu bedeuten.
Tabelle 5.4 widmet sich den rezeptierten Medikamenten: Von 2917 Medikamenten sind 1937 (66.4 %) Frauen zugedacht; damit erhält eine Patientin im Mittel 4.o8 Präparate, ein Patient aber nur 2.92, womit die Sex-Ratio 14o:1oo lautet. Eine 16-45 Jahre alte Frau bekommt im Durchschnitt 1.9o Heilmittel, ein gleichaltriger Mann dagegen nur 1.76.
Abbildung 5.4 zeigt graphisch, daß in jeder Altersklasse mit Ausnahme der IV. eine Frau mehr Medikamente zugeteilt bekommt als ein Mann. Unter standardisierten Bedingungen lautete die Sex-Ratio 129:1oo.
Abbildung 5.5 verbildlicht die beiden rechten Spalten der Tabelle 5.4:
Pro Rezept sind bei Männern und Frauen etwa gleich viele Medikamente

TAB.5.4 Anzahl rezeptierter Medikamente
N=2917

Alter		Medikamente		Medikamente pro Pat.		Medik.pro Rezept	
		Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
0-15	I	47	43	1.52	1.08	1.52	1.65
16-25	II	85	74	1.81	1.57	1.67	1.68
26-35	III	68	34	1.94	1.10	1.94	1.62
36-45	IV	79	108	1.98	2.40	1.61	1.89
46-55	V	160	120	2.96	2.61	1.76	1.82
56-65	VI	294	114	4.59	3.80	1.71	1.59
66-75	VII	494	325	4.89	4.78	1.85	1.84
76-85	VIII	557	152	6.63	5.85	1.66	1.92
86-	IX	153	14	8.05	3.50	1.46	1.56
Summe, $\bar{X}$		1937	984	4.08	2.92	1.71	1.80





aufgeführt, bei Männern im Mittel 1.8o Präparate pro Rezept, bei Frauen 1.71. Die resultierende Sex-Ratio von 95 : 1oo reicht aber keinesfalls aus, einem Mann durchschnittlich ebensoviele Medikamente zu sichern wie einer Frau. Es trifft also nicht zu, daß der Arzt nur zum Schein auf die höheren Ansprüche von Frauen eingeht und ihnen wohl mehr Rezepte aushändigt, aber letztlich nicht mehr Medikamente verordnet.

KOHN und WHITE (1976) bestätigen diese Ergebnisse: Pro 1ooo Frauen seien 1o48 Medikamente, pro 1ooo Männer dagegen nur 69o per Rezept anempfohlen worden (Sex-Ratio = 152:1oo); bei den 16-45-Jährigen seien es 1o38 gegenüber 499 gewesen (Sex-Ratio = 2o8:1oo); pro Pezept bekäme eine Frau 1.8o, ein Mann aber nur 1.64 Medikamente.

Die Betrachtung der Zahl rezeptierter Medikamente bekräftigt damit die obige Hypothese, Frauen würden stärker von Therapeutischen Leistungen profitieren: Eine Patientin, gleich welchen Alters, bekommt vom Arzt nicht nur mehr Rezepte ausgehändigt als ein männlicher Patient gleichen Alters, sondern auch entsprechend mehr Medikamente, da die Rezepte für Männer und Frauen durchschnittlich in etwa gleichviele Medikamente aufführen.

4.2.5.3 Anzahl zusätzlich ausgehändigter Präparatemuster

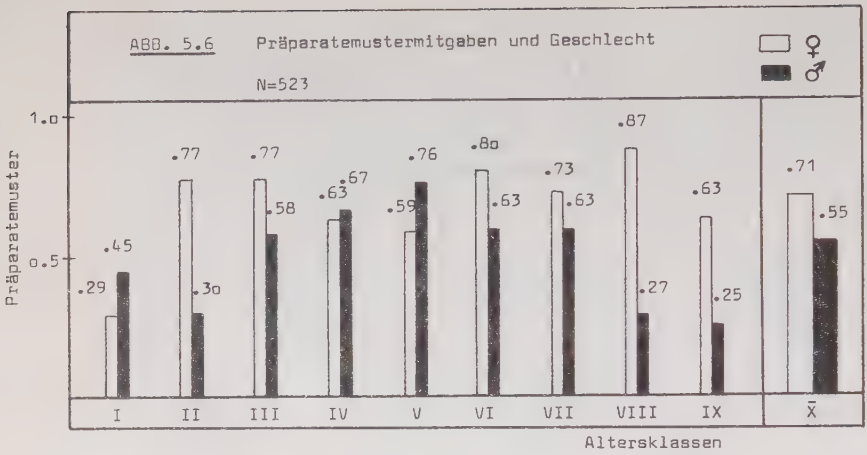
Ein nicht unbeträchtlicher Teil der medikamentösen Versorgung der Patienten geht nicht den Weg über das ärztliche Rezept: 15.2 % aller Präparate, die der Patient letztlich einnehmen sollte, wurden ohne Rezept dem Patienten vom Arzt aus dessen Beständen an Präparatemustern mitgegeben. 339 Substanzen (68.4 %) sind dabei Patientinnen zugedacht, 184 (35.2 %) männlichen Patienten.
2o6 Patientinnen (43.4 % aller Patientinnen) und nur 131 Patienten (38.9 % aller Patienten) wurden solche Muster mitgegeben, mal eines, mal mehrere. Dieser Unterschied erweist sich allerdings nicht als signifikant.
Anders sieht es bei den 16-45-Jährigen aus:

TAB. 5.5 Präparatemuster und Geschlecht / 16-45-Jährige

Geschlecht	Muster ausgehändigt	keine Muster	
♀ Personen	62	6o	122
♂ Personen	44	79	123
	1o6	139	245

$X^2 = 5.66$; df=1; $p < o.o2$

Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 2$ % ist anzunehmen, daß einer Patientin im Alter zwischen 16 und 45 Jahren eher ein Präparat ausgehändigt wird als einem gleichaltrigen Patienten.



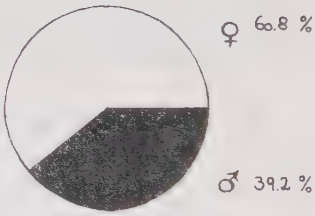


ABB. 5.7

PRÄPARATMUSTERMITGABE unter standardisierten Bedingungen

(es seien in jeder Altersgruppe je 100 Frauen und 100 Männer)

Abbildung 5.6 zeigt, wieviele Präparatemuster zusätzlich zu den Rezeptordinationen vom Arzt ausgehändigt werden: In den meisten Altersklassen, bis auf die Klassen I, IV und V, erhält eine Patientin pro Kopf mehr Muster; in Altersklasse I sind es 35 % weniger, in Klasse II 133 % mehr, in Klasse III 33 % mehr, in Klasse IV 6 % weniger, in Klasse V 22 % weniger, in Klasse VI 27 % mehr, in Klasse VII 16 % mehr , in Klasse VIII 222 % mehr und in Klasse IX 152 % mehr. Durchschnittlich bekommt damit eine Patientin 29 % mehr Präparate pro Person: Eine Patientin erhält im Mittel 0.71 Muster, ein Patient nur 0.55. Bei den 16-45-Jährigen erhält eine Patientin im Mittel 40 % mehr Präparate als ein Patient.
Abbildung 5.7 stellt im Kreisdiagramm die theoretischen Verhältnisse unter standardisierten Bedingungen dar: Danach würden 60.8 % aller Muster weiblichen Patienten ausgehändigt.
Somit findet die obige Hypothese auch hinsichtlich der Verhältnisse bei den Präparatemustern Bestätigung.

4.2.5.4 Medikamentengebrauch und Selbstmedikation

Zu diesem Thema konnten keine eigenen Daten erhoben werden, da ja als

Datenquelle die Patientenkartei fungierte. Dennoch sollen einige Ergebnisse anderer Studien zu diesem Fragenbereich genannt sein:

> KOHN und WHITE (1976)zählen "339 female and 187 male persons per 1ooo using prescribed medicines in two days", wobei unter den 16-45-Jährigen 355 Frauen 117 Männern gegenüberstehen.
> PFLANZ et al. (1966) und LADER (1965) fanden bei Frauen eine viel häufigere Selbstmedikation. KOHN und WHITE (1976) bestätigten, 364 pro 1ooo Frauen und nur 29o von 1ooo Männern bzw. bei den 16-45-Jährigen 391 pro 1ooo Frauen und nur 271 pro 1ooo Männer nähmen innerhalb zweier Tage Medikamente ein, die ihnen nicht verordnet wurden.

Einer Therapie scheinen also erneut Frauen aufgeschlossener gegenüberzustehen. Frauen sind offensichtlich medikamentös viel umfangreicher versorgt.

4.2.5.5 Spritzenapplikationen

Für 11 % der Patientinnen und für nur 7 % der Patienten werden im Quartal eine oder mehrere Spritzen aufgezogen. 68.5 % aller Injektionen sind Frauen zugedacht.

Die statistische Signifikanzprüfung ergab jedoch eine Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha > 5$ %.

Dennoch sprechen die Zahlen eher für als gegen die obige Hypothese.

4.2.5.6 Verordnung von Arbeitsruhe

Hypothese: Arbeitsunfähigkeit (AU) wird einer Frau öfter bescheinigt, da AU in gewisser Weise eine Kombination von aufgetretener Erkrankung und der Tendenz des Patienten ist, die desaktivierende Krankenrolle auch anzunehmen.

Antithese: Infolge der höheren altersspezifischen Mortalitätsraten und der höheren Inzidenz akuter Krankheitszustände bei Männern (RADOSCHEWSKI 1974) müßten mehr Männer krankgeschrieben werden.

Tabelle 5.6 gibt Auskunft über Häufigkeit und Dauer der verordneten Arbeitsruhe: Danach werden 46 % der berufstätigen Frauen, aber nur 38 % der berufstätigen Männer kurz- oder längerfristig für arbeitsunfähig erklärt.

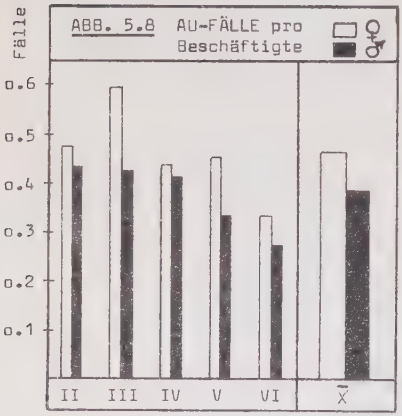
Abbildung 5.8 verbildlicht die AU-Fälle pro Beschäftigte: In allen 5 Altersklassen erhält von allen berufstätigen Frauen ein jeweils größerer Prozentsatz eine AU-Bescheinigung: Also wird eine Frau unabhängig vom Alter öfter krankgeschrieben (Sex-Ratio 121:1oo). Bei den 16-45-Jährigen beläuft sich die Sex-Ratio auf 118:1oo.

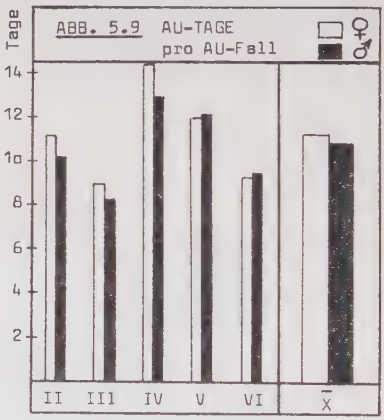
Abbildung 5.9 gibt wieder, für wieviele Tage eine AU-Bescheinigung im Mittel gilt: Eine krankgeschriebene Frau bleibt im Mittel 11.2 Tage, ein Mann 1o.8 Tage der Arbeit fern; wenn also eine Frau krankgeschrieben wird, so durchaus nicht für weniger Arbeitstage.

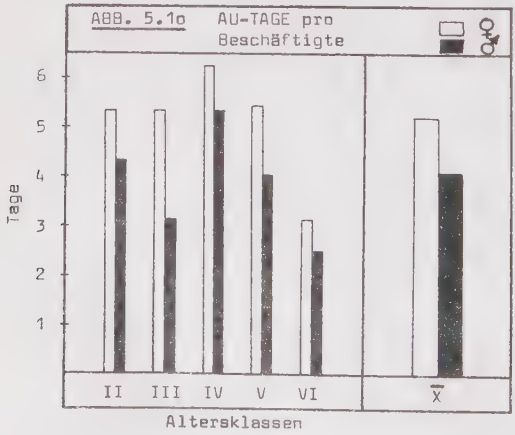
Abbildung 5.1o schließlich stellt das Produkt der Abbildungen 5.8 und 5.9 graphisch dar: Einer berufstätigen Patientin wird danach durchschnittlich für 5.2 Tage pro Person Arbeitsruhe verordnet, aber nur für 4.1 Tage einem

TAB. 5.6 Verordnung von Arbeitsruhe (AU = Arbeitsunfähigkeit)
N=135 Pat.,=1483 Tage.

Alter	Berufstätige unter den Pat. in %		AU-Fälle pro Berufstätige		AU-Tage pro Fall		AU-Tage pro Berufstätige	
	F	M	F	M	F	M	F	M
II 16-25	81	89	0.47	0.43	11.1	10.1	5.3	4.3
III 26-35	77	100	0.59	0.42	8.9	8.3	5.3	3.1
IV 36-45	70	98	0.43	0.41	14.4	12.9	6.2	5.3
V 46-55	54	93	0.45	0.33	12.0	12.1	5.4	4.0
VI 56-65	28	87	0.33	0.27	9.2	9.4	3.1	2.5
$\bar{x}$	58	93	0.46	0.38	11.2	10.8	5.2	4.1







berufstätigen Patienten. Dieses Ungleichgewicht gilt für alle 5 Altersklassen: In Klasse II werden einer Beschäftigten jeweils 23 % mehr Arbeitsunfähigkeitstage zuerkannt als einem männlichen Beschäftigten, in Klasse III sind es 71 % mehr, in Klasse IV 17 % mehr, in Klasse V 35 % mehr und in Klasse VI 24 % mehr AU-Tage.
Zur Signifikanzprüfung wird der U-Test von MANN-WHITNEY-WILCOXON eingesetzt:

TAB. 5.7 Arbeitsunfähigkeit und Geschlecht / U-Test

Geschlecht	AU-Tage pro Quartal													
	0	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Frauen	75	1	3	6	3	1	4	3	3	5	4	5	4	5
Männer	116	2	5	8	5	3	7	4	6	4	3	4	4	3
	15	16	17	18	19	20	23	25	31	35	39	43		
Frauen	4	5	2	1	2	3	-	1	-	-	-	-		140
Männer	1	1	-	-	2	-	2	2	1	1	1	1		186

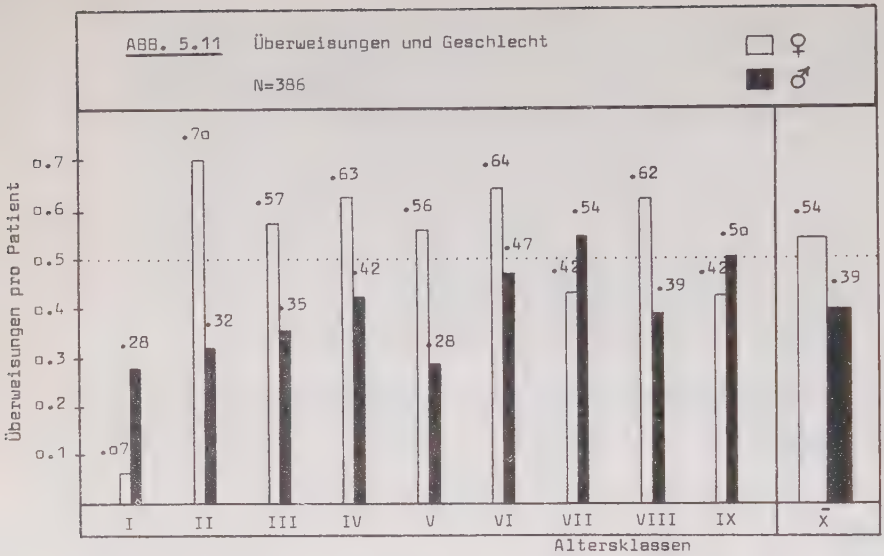
u_x = 14 573.5; u_y = 11 466.5; $\bar{u}$ = 13 020; n = 326; m = 79.88;

s_u = 939.64; z_x = 1.653; $p < 0.05$

Bei einem Signifikanzniveau von 0.05 kann angenommen werden, daß einer berufstätigen Frau vom Arzt mehr Arbeitsruhe - Tage verordnet werden als einem berufstätigen Mann.

Nicht eindeutig signifikant dagegen kann die Frage beantwortet werden, ob von all denen, die im untersuchten Quartal mindestens einmal krank geschrieben wurden, die weiblichen Personen wiederum im Mittel mehr Arbeitsruhe-Tage zugestanden bekommen als die männlichen. Der Vergleich der bloßen Durchschnittwerte 11.2:10.8 Tage pro Krankschreibung scheint keine Unterschiede zu erbringen; wird aber der Median bestimmt, so liegt er bei Frauen bei 11 und bei Männern bei 8 Tagen. Der MANN-WHITNEY-WILCOXON-Test zeigt, daß die Verteilungsfunktionen der AU-Tage von Männern und Frauen mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 10 % nicht identisch sind; damit aber ist das Signifikanzniveau von 5 % nicht erreicht.

Insgesamt bestätigt sich die obige Hypothese, eine berufstätige Frau werde öfter arbeitsunfähig geschrieben als ein berufstätiger Mann, und dabei keinesfalls für jeweils weniger Tage.
Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch andere Studien: 1963 hatte im Bundesgebiet eine Frau eine um 30 % höhere Chance, durch ärztliches Urteil von der Arbeit entbunden zu werden (LÖHE 1963). 1974 war diese Chance in der DDR um 31 % höher (KIRSCH 1974). Heutzutage bleibt im AU-Falle eine Frau 19 Tage, ein Mann 18 Tage krank (STATIST.BUNDESAMT 1980). Auch in den



USA sollen diesbezüglich eindeutige Geschlechtsunterschiede vorliegen (LEWIS/LEWIS 1977).

4.2.5.7 Anzahl der Überweisungen

Entsprechend dem Vorschlag der Verdenstudie (1977) soll eine Überweisung als therapeutische Maßnahme betrachtet werden.
Abbildung 5.11 zeigt: In den meisten Altersklassen wird eine Patientin öfter überwiesen als ein Patient. Von insgesamt 386 Überweisungen entfallen 254 (65.8 %) auf Frauen. Pro Patientin sind o.54 und pro Patient o.39 Überweisungen verzeichnet. Werden ausschließlich die 16-45-Jährigen betrachtet, so schlagen dort pro Patientin o.63 Überweisungen zu Buche, pro Patient aber lediglich o.36.

TAB. 5.8 Überweisungen und Geschlecht

Geschlecht	Patienten mit Überweisungen	Patienten ohne Überweisungen	
♀ Personen	183	292	475
♂ Personen	1o7	23o	337
	29o	522	812

$X^2 = 3.93$; $df = 1$; $p < o.o5$

Bei einem Signifikanzniveau von 5 % kann angenommen werden, daß eine Patientin öfter überwiesen wird als ein Patient.

TAB. 5.9 Überweisungen und Geschlecht / bei 16-45-Jährigen

Geschlecht	Patienten mit Überweisungen	Patienten ohne Überweisungen	
♀ Personen	55	67	122
♂ Personen	38	85	123
	93	152	245

$x^2 = 5.24$; $df = 1$; $p < 0.025$

Bei einem Signifikanzniveau von 2.5 % kann angenommen werden, daß auch in der Altersstufe 16-45 Jahre eine Patientin öfter überwiesen wird als ein Patient.

In der DDR sind von 100 Überweisungen ca. 69 für Frauen reserviert (NIEHOFF 1976).

Auch hinsichtlich der therapeutischen Rubrik "Überweisungen" scheint sich also die Hypothese zu bestätigen, daß eine Patientin stärker in den Genuß therapeutischer Leistungen gelangt als ein Patient gleichen Alters.

4.2.6 Die besonderen Verhältnisse bei Kindern (Altersgruppe I)

Bei den Patienten unter 16 Jahren liegen die Verhältnisse überraschend in manchem anders: Fast will es scheinen, als seien in diesem Alter ganz im Gegensatz zu allen anderen Altersklassen die männlichen Patienten enger mit dem Gesundheitswesen verbunden.
45 Jungen und nur 31 Mädchen sieht der Arzt im Quartal. Von diesen kommt ein Junge auch noch mit 2.30 mal pro Quartal öfter als ein Mädchen mit nur 2.13 mal, während doch in allen anderen Altersstufen stets die Frauen größere Konsultationsfreudigkeit zeigen. Für einen Jungen werden auch nicht weniger Diagnosen gestellt als für ein Mädchen, wiederum im Gegensatz zu den übrigen Altersstufen. Einem Jungen werden zum Ausgleich für die etwas geringere Rezeptzahl mehr Präparatemuster ausgehändigt. Ein Junge wird häufiger zu Fachärzten überwiesen. (vgl. ABB. 1.1 / ABB. 2.3 / ABB. 2.4 / ABB. 3.3 / ABB. 5.6 / ABB. 5.11)
Andere Studien bestätigen, daß unter den Kindern und Jugendlichen mehr Knaben beim Arzt sind als Mädchen (PAUL 1969; LEWIS/LEWIS 1977; LOHE 1963; DRÖMANN 1976). Einer punktuellen Überprüfung zufolge waren im Bundesgebiet 1966 6.3 % der Knaben, aber nur 5.8 % der Mädchen krank; von diesen kranken Kindern wiederum litten 7.9 % der Knaben und nur 7.0 % der Mädchen zusätzlich an einer Zweitkrankheit (STATIST.BUNDESAMT 1966).
DRÖMANN (1976) vertritt dazu die Ansicht, womöglich werde die Gesundheit des männlichen "Stammhalters" von den Eltern ängstlicher überwacht und

und dessen Erkrankungen schwerer beurteilt. Eine Beobachtung von LEWIS und LEWIS (1977) scheint eine solche Beurteilung zu bestätigen: Bereits 6-jährige Knaben erleben sich nämlich als weniger vulnerabel und anfällig als Mädchen gleichen Alters; fielen die Eltern mit ihrer besonderen Sorge um die Gesundheit des männlichen Nachwuchses weg, so fiele die Sex-Ratio hinsichtlich der Konsultationshäufigkeit schon im frühen Kindesalter auf o.6o ab, d.h. Knaben kämen viel seltener als Mädchen zum Arzt, da sie Schmerz und Unwohlsein früh mißachten lernten.
Mit anderen Worten: Auch im Kindesalter legen Menschen ein geschlechtsspezifisches Gesundheitsverhalten an den Tag, und zwar ein ähnliches wie später im Erwachsenenalter; von sich aus ist ein Mädchen eher bereit, sich für krank zu halten und zum Arzt zu gehen. Die Eltern aber, speziell die Mütter, scheinen sich viel mehr um die Gesundheit ihrer Söhne als ihrer Töchter zu bekümmern: So kommt es schließlich, daß ein Knabe letztlich doch öfter dem Arzt vorgestellt wird als ein Mädchen und daß die Abklärung seiner Krankheit öfter einem Spezialisten überlassen wird, zu dem ein Knabe deutlich öfter überwiesen wird als ein Mädchen.

4.2.7 Einfluß des Familienstandes

Hierzu seien nur kurz einige Fremdergebnisse angeführt:
Danach scheint die Ehe als protektiver Faktor zu wirken, weisen doch bei beiden Geschlechtern die Verheirateten die jeweils niedrigsten Morbiditätsraten und Letalitätsziffern auf (KAGAN 1978). Entsprechend haben Witwer und geschiedene Männer die jeweils höchsten Mortalitätsraten ihrer Altersstufen (LEWIS/LEWIS 1977).
PETRONI (1971) fand aber, daß die Bereitschaft von Frauen, die Krankenrolle zu akzeptieren, noch größer ist als das Quantum, welches ihre Ehemänner ihnen zugestehen wollen; zwar scheint die Ehe das Gesundheitsverhalten beider Geschlechter positiv zu beeinflussen, doch bleiben die Geschlechtsunterschiede. Andererseits fand ENTERLINE (1964), daß eine höhere "sick absence"-Rate nur bei den Frauen zu beobachten ist, die verheiratet sind oder waren, daß aber diese Rate bei ledigen Frauen sogar noch niedriger ist als bei Männern.

4.2.8 Einschätzungen von Seiten des Arztes

Der Arzt schätzt von sich aus die Frauen "eifriger und kooperativer" ein. Männer seien träger, hätten eher ein umschriebenes, akutes Anliegen und kämen häufig nur ein einziges Mal; dies scheint ihm aber durch die momentane Arbeitslosensituation und den entsprechenden sozialen Druck mitbedingt.

Männer würden es auch viel früher leid, jedes Quartal erneut bestimmte Untersuchungen über sich ergehen zu lassen, selbst wenn sich dabei stets pathologische Werte ergäben, die bestimmte therapeutische Konsequenzen hätten. Frauen dagegen meldeten sich öfter schon bei den ersten Anzeichen eines Leidens; zu ihnen bestünde daher insgesamt eine bessere Kommunikation. Auch habe er den Eindruck, Frauen würden seine Verordnungen und Ratschläge etwas weitgehender befolgen als Männer.

4.3 Diskussion

Alles in allem sind die aus psychoanalytischen Überlegungen zum Geschlechtsunterschied (vgl. Kap. 3) entwickelten Hypothesen zur Geschlechtsspezifität von Gesundheitsverhalten (vgl. Kap. 3.3) durch die empirische Studie über das geschlechtsspezifische Inanspruchnahmeverhalten gegenüber einer Allgemeinarztpraxis in Düsseldorf und durch die dabei vergleichsweise herangezogenen Ergebnisse anderer Untersuchungen (vgl. Kap. 4) bestätigt worden.

Die vermutlich biologisch vorgegebene größere Lebensfähigkeit weiblicher Individuen (vgl. Kap. 3.4.5.1), die in aller Welt um ca. 1o % höhere Lebenserwartung der Frau (BUNDESMINISTER f.J.F.G. 198o), die in allen Altersstufen von der pränatalen Entwicklung bis ins Greisenalter augenfällige Androtropie der Mortalitätsziffern und die insgesamt größere Gefährdung der Gesundheit von Männern (vgl. Kap. 3.4.5.1) begründen allesamt ein "objektiv" größeres Bedürfnis der Männer nach ausreichender Krankheitsprävention, -früherkennung und Therapie. Würde das menschliche Gesundheitsverhalten den "medizinischen Erfordernissen" entsprechen, so hätten es die Männer zu sein, die ärztliche Institutionen stärker in Anspruch nehmen, sich um mehr Konsultationstermine kümmern, bereitwilliger, früher und ausdauernder die diagnostischen und therapeutischen Prozeduren über sich ergehen lassen, stärker auf diagnostische und therapeutische Leistungen drängen, öfter um Arbeitsruhe bitten und ärztlichen Rat weitgehender befolgen.

Doch offensichtlich folgt das Gesundheitsverhalten anderen Gesetzmäßigkeiten.

Wesentlichen Einfluß auf das Gesundheitsverhalten haben dabei unbewußte Motive. Diese Motive wiederum sind bei Männern anders geartet als bei Frauen . Diese Motive und die Geschlechtsspezifität der Psychodynamik zu durchleuchten hilft die Psychoanalyse.

Aus den diversen analytischen Erkenntnissen über den Geschlechtsunterschied wiederum können Hypothesen für die Geschlechtsspezifität von Gesundheits-

verhalten abgeleitet werden. Im einzelnen prognostizieren die so gewonnenen Hypothesen folgendes:

1. Gesundheitsverhalten ist geschlechtsspezifisch.
   Zwar nicht ontologisch, aber phänomenologisch trifft diese Grundhypothese zu: Präventives Gesundheitsverhalten, Inanspruchnahmeverhalten gegenüber medizinischen Institutionen (im Falle der Studie: gegenüber einer Allgemeinarztpraxis) und die Bereitschaft zur Annahme der Patientenrolle sind geschlechtsspezifisch. Frauen wenden sich bereitwilliger an medizinische Institutionen und ziehen aus dieser Interaktion mehr (diagnostischen und therapeutischen) Nutzen, da auch ihre Interaktion mit dem Arzt besser, kooperativer und intensiver ist (vgl. auch NIEHOFF 1976).

2. Gesundheitsorientiertes Verhalten ist bei Frauen stärker ausgeprägt.
   Auch diese Hypothese kann bekräftigt werden: Die Bereitschaft zu präventiven Maßnahmen, zur Meidung von Risikofaktoren und zur Erweiterung des Gesundheitswissens ist jeweils bei einer Frau stärker ausgeprägt als bei einem Mann.

3. Eine Frau nimmt Krankheitssymptome eher und öfter wahr und öfter zum Anlaß für eine Arztkonsultation. Männer neigen eher zur Bagatellisierung auch objektiv faßbarer Symptome.
   Zahlreiche aufgeführte Einzelergebnisse bestätigen auch diese Hypothese.

4. Frauen konsultieren eher und öfter einen Arzt.

4.1 In jeder Altersklasse überwiegen Frauen unter den Patienten.
   Methodische Hindernisse erschweren eine genaue Überprüfung dieser Hypothese: Der wahre Geschlechterproporz im Praxiseinzugsgebiet kann insbesondere hinsichtlich der Differenzierung nach Altersklassen nur grob geschätzt werden; zudem ergeben sich schwer abschätzbare Verzerrungen infolge der unterschiedlichen Altersverteilung männlicher und weiblicher Patienten, da in den höheren Altersklassen wegen der höheren Lebenserwartung und eines kriegsbedingten Überschusses weit mehr Frauen als Männer leben.
   Soweit die Ergebnisse überhaupt einem Schluß zulassen, sprechen sie allerdings im Sinne der Hypothese.

4.2 Eine Patientin konsultiert den Arzt pro Zeiteinheit öfter als ein männlicher Patient gleichen Alters.
   Eindeutig bestätigen die Ergebnisse der Studie diese Hypothese.

5. Männer bringen dem diagnostischen und therapeutischen Procedere mehr

Widerstand und weniger Vertrauen entgegen und suchen die Behandlungsdauer möglichst kurz zu halten.

5.1 Infolge einer besseren, kooperativen Arzt-Patient-Beziehung werden bei einer Frau mehr Diagnosen gestellt als bei einem gleichaltrigen männlichen Patienten, der tendenziell eher den ärztlichen Einfluß und die Dauer des eigenen Krankseins beschränken will und zu diesem Zweck gern mit konkreteren Anliegen zum Arzt kommt.

Die Ergebnisse der Studie weisen auch diese Hypothese als zutreffend aus.

5.2 Eine Frau kommt stärker in den Genuß diagnostischer Leistungen als ein gleichaltriger Mann.

Anhand der Parameter "große Laboruntersuchung" und "Blutdruckkontrolle" werden empirisch Ergebnisse gewonnen, die ganz im Sinne der Hypothese zeigen, daß eine Patientin mehr Diagnostik erfährt als ein gleichaltriger Patient.

5.3 Eine Frau kommt stärker in den Genuß therapeutischer Leistungen als ein gleichaltriger männlicher Patient.

Die empirische Studie bringt folgende Bestätigungen:

Eine Patientin erhält mehr Rezepte.

Eine Patientin erhält mehr rezeptierte Medikamente.

Eine Patientin erhält mehr Präparatemuster.

Eine Patientin bekommt im Mittel mehr Arbeitsruhe verordnet.

Eine Patientin wird öfter zum Facharzt überwiesen.

All diese Feststellungen gelten unabhängig vom Alter der Patienten und sind signifikant.

Ein interessantes Nebenergebnis der Studie bleibt festzuhalten: Bei Kindern unter 16 Jahren scheinen die Verhältnisse anders zu liegen; hier sind es nicht die Mädchen, die öfter dem Arzt vorgestellt werden, sondern die Knaben. Hierfür scheint die besondere Sorge der Mütter für die Gesundheit der Söhne, nicht aber das eigene Verhalten der Knaben verantwortlich zu sein.

Ergänzend berichten andere Arbeiten: Eine Frau nimmt von den verschriebenen Medikamenten mehr ein als ein Mann; sie betreibt auch mehr Selbstmedikation ohne ärztlichen Rat; sie beteiligt sich bereitwilliger an Vorsorgeuntersuchungen; sie verfügt über mehr Gesundheitswissen; sie ist signifikant stärker davon überzeugt, von ärztlicher Hilfe zu profitieren. (s.u.a. LEWIS/LEWIS 1977; NIEHOFF 1976; KOHN/WHITE 1976; PFLANZ et al. 1966; LADER 1965; BUNDESMINISTER f.J.F.G. 1977/1980; WALTHER 1978; KIEHL 1974)

Im übrigen scheint auch die Dauer eines Krankheitszustandes bei einer Frau länger zu sein als bei einem Mann (BLANK 1953).

Bringt das alles in allem weitaus bessere und angemessenere Gesundheitsverhalten den Frauen meßbare Vorteile?
HINKLE et al. (1960) und LEWIS/LEWIS (1977) vertreten die Ansicht, ohne dieses überlegene Gesundheitsverhalten wären die Lebenserwartung einer Frau niemals so deutlich höher als die eines Mannes und die Gefährdung ihrer Gesundheit nicht so eindeutig geringer.
Selbst wenn man nicht geneigt ist, sich dieser Ansicht anzuschließen, muß man folgende Vorteile des besseren Gesundheitsverhaltens der Frau anerkennen: Die größere Bereitschaft einer Frau, auch bei geringeren Befindlichkeitsstörungen ärztlichen Rat einzuholen, wird in vielen Fällen als präventive Maßnahme zur Früherkennung krankhafter Prozesse oder krankheitsbegünstigender Lebensumstände und damit zu einer Besserung der Therapieaussichten führen. Die Fähigkeit, eigenes Leiden als solches wahrzunehmen und sinnvolle Schritte zur Abhilfe einzuleiten, wird zum großen Vorsprung der Frauen. Die Taktik, Unwohlsein und Krankheitsanzeichen zu verleugnen und durch Mobilisierung letzter Kräfte zu überdecken, diese so oft bei Männern prävalierende Taktik gewinnt selbst krankheitsfördernden Charakter. Die auf den ersten Blick vielleicht als Stärke imponierende Verdrängung von Krankheitseinsicht erweist sich letztlich als Schwäche, Krankheit nicht akzeptieren, nicht ertragen zu können, als gesundheitsgefährdendes Manko.
Wie die empirische Studie belegen konnte, ist aber auch die Beziehung zum Arzt bei Frauen besser, tragfähiger, kooperativer. Damit sind, wie an verschiedenen Beispielen gezeigt wurde (vgl. Kap. 4.2.3 / 4.2.4 / 4.2.5), durchschnittlich deutlich bessere Voraussetzungen gegeben für die dem Patienten nicht immer angenehmen diagnostischen und therapeutischen Prozeduren. Dies führt zu einer besseren, umfassenderen medizinischen Versorgung der Frau.
Infolge ihrer Tendenz, schon im Frühstadium einer Krankheit einen Arzt zu konsultieren, sind bei Patientinnen die Möglichkeiten medizinischer Einflußnahme auf den Krankheitsverlauf größer. Frauen neigen nicht dazu, die diagnostischen Bemühungen zu beschränken; bessere Diagnostik hat aber bessere Therapie zur Folge. Und von dieser Therapie profitieren Frauen im Mittel mehr, da sie ärztliche Ratschläge und Anordnungen weitgehender und ausdauernder befolgen.

Unter welchen Bedingungen könnte sich eventuell das Gesundheitsverhalten der Männer dem höheren weiblichen Level angleichen?

Möglicherweise könnte es positiven Einfluß auf das Gesundheitsverhalten von Männern haben, wenn in Zukunft mehr Frauen den ärztlichen Beruf ergreifen; momentan ist noch ein Großteil der Ärzte männlich, ein Umstand, der wohl manche männliche Patienten hemmt.
Wichtige Verbesserungen dürfte auch eine Reform der Struktur unseres Gesundheitssystems mit sich bringen: Heutzutage bringt zwar die Annahme der Krankenrolle ein Stück wohltuender Regression mit sich, eine Einschränkung des Gebotes nach Selbstbehauptung zugunsten eines relativen Schonraumes; doch wird dafür vom Kranken unmißverständlich verlangt, er habe sich nunmehr hilfsbedürftig und unterwürfig den für ihn kaum durchschaubaren medizinischen Institutionen zu unterwerfen. Unser momentanes Gesundheitssystem mit seiner vorherrschenden Ausrichtung auf Krankheit statt auf kranke Menschen desaktiviert den Patienten in teilweise groteskem Ausmaß, bestimmt ihn fremd, ohne daß der Patient im wesentlichen die Gründe für dieses oder jenes Procedere verstehen kann, und macht ihn zum oft unmündigen Objekt der Heilungsversuche ("Na, wie geht's uns denn heute, Opa?").
Sollte in Zukunft in einer veränderten Gesundheitsversorgung mit der Annahme der Patientenrolle weniger Autonomieverzicht, weniger Unterwerfung, weniger Desaktivierung, dafür aber mehr "Menschlich"keit verbunden sein, so dürfte es insbesondere den Männern, die ja so oft ihre Unabhängigkeit und Selbstständigkeit argwöhnisch verteidigen, leichter fallen, sich an medizinische Institutionen zu wenden.
Die bedeutsamsten Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen aber dürfte ein Wandel der Geschlechtsrollen, insbesondere hinsichtlich der momentanen Arbeitsteilung Haus und Kind versus Berufstätigkeit, mit sich bringen. Aus medizinischer Sicht günstig ist es, würden sich dabei Männer dem weiblichen Standard des Gesundheitsverhaltens anpassen und nicht umgekehrt, könnten Männer künftig Anpassungs- und Hingabefähigkeit stärker in ihr Erleben integrieren statt unablässig Stärke und funktionale Rationalität zur Schau zu stellen.

Wie könnte es zu einer Angleichung der unterschiedlichen Lebensbedingungen für Mann und Frau kommen, zu einer Humanisierung ubiquitärer Herrschaftsstrukturen? Die einen propagieren als modus procedendi eine "Änderung des Bewußtseins" (SCHELSKY 1968), andere den "Umsturz der Produktionsverhältnisse"(TÖMMEL 1975), wiederum andere das Streben nach "Androgynität", nach Integration bislang "männlicher" und "weiblicher" Eigenschaften bei jedem Menschen (LIPSITZ-BENN 1976), nach Synthese des "patriarchalen und matriarchalen Prinzips" (FROMM 1970).

"Gesundheitsverhalten und Geschlecht" - so lautet der Titel dieser Arbeit. Die aus psychoanalytischen Theorien zum Geschlechtsunterschied abgeleiteten Hypothesen sind durch die Ergebnisse der empirischen Studie bestätigt worden:
Gesundheitsverhalten ist geschlechtsspezifisch.
Frauen sind eher, öfter bereit, medizinische Institutionen in Anspruch zu nehmen, an Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen, Krankheitsprävention zu betreiben. Eine Frau verfügt über mehr Gesundheitswissen. Eine Frau kann sich eher und länger eine Beeinträchtigung des Wohlbefindens eingestehen. Sie hat eine stabilere, intensivere und effektivere Beziehung zum Arzt, bringt diesem mehr Vertrauen entgegen und befolgt seine Anweisungen weitgehender. Eine Frau kommt stärker in den Genuß diagnostischer und therapeutischer Leistungen. Einer Frau werden mehr Arbeitsruhetage zugestanden. Summa summarum ist also eine Frau medizinisch besser und umfassender versorgt, da sie ein besseres Gesundheitsverhalten zeigt.
All diese Unterschiede entsprechen keinesfalls dem "ontologischen" Wesensunterschied der Geschlechter; das bessere Gesundheitsverhalten der Frau ist kein "typisch-unveränderlich-natürlich weibliches" Attribut.

Andererseits kann nicht bezweifelt werden, daß als soziale Realität das Gesundheitsverhalten hic et nunc geschlechtsspezifisch ist. Eine Verleugnung dieser Tatsache bringt keinen Fortschritt, trägt sie doch nur den Charakter halluzinatorischer Wunscherfüllung.

Wie kommt es dazu, daß Gesundheitsverhalten geschlechtsspezifisch ist? Gründe dafür mag es vielfältige geben. Soweit es der Rahmen dieser Arbeit zuließ wurden die vielleicht wichtigsten Ansichten dazu entwickelt. Biologische, psychologische und kultursoziologische Überlegungen wurden in Kurzform dargestellt, ebenso der feministische Ansatz Alice Schwarzers. Leider fallen die verschiedenen Ergebnisse dieser Seiten teilweise ebenso konträr aus wie die verschiedenen analytischen Theorien zum Geschlechtsunterschied. Zu unterschiedliche unbewußte Motive hinter bestimmten Erlebens- und Verhaltensstrukturen werden jeweils angeführt als daß diese Arbeit eine fruchtbare Synthese der einzelnen Forschungsbeiträge leisten kann.
Letztlich wird daher nicht völlig klar herausgearbeitet werden können, warum Verhalten, speziell Gesundheitsverhalten, geschlechtsspezifisch ist. Die Bemühungen bleiben unvollendet. Daher auch das Motto dieser Arbeit:

"In Wirklichkeit aber wissen wir nichts;
denn die Wahrheit liegt in unergründbarer Tiefe".

(DEMOKRIT, Fragment B117)

VERZEICHNIS DER TABELLEN

Tabelle 1.1 Altersverteilung der Patienten 53
Tabelle 2.1 Zahl der Termine im Beobachtungszeitraum 56
Tabelle 2.2 Terminzahl und Geschlecht (Signifikanzprüfung) 55
Tabelle 2.3 Terminzahl und Geschlecht bei 16-45-Jährigen (Signif.) ..57
Tabelle 2.4 Terminzahl und Geschlecht bei 16-45-Jährigen (U-Test) ...57
Tabelle 2.5 Anzahl der Arzt-Patient-Kontakte pro Patient 58
Tabelle 3.1 Diagnosenzahl und Geschlecht 62
Tabelle 3.2 Diagnosenzahl und Geschlecht (Signifikanzprüfung) 63
Tabelle 3.3 Diagnosenzahl und Geschlecht bei 16-45-Jährigen (Signif.)63
Tabelle 3.4 Diagnosenzahl pro Patient 64
Tabelle 3.5 Art der Diagnosen.....65
Tabelle 4.1 Laboruntersuchungen und Geschlecht (Signifikanzprüfg.) ..66
Tabelle 4.2 Laboruntersuchungen und Geschlecht bei 16-45-Jährigen ...66
Tabelle 4.3 Blutdruckmessungen und Geschlecht (Signifikanzprüfung) ..67
Tabelle 5.1 Rezeptzahl pro Patient 69
Tabelle 5.2 Rezepte und Geschlecht (Signifikanzprüfung) 7o
Tabelle 5.3 Rezepte und Geschlecht bei 16-45-Jährigen (Signifik.) ...7o
Tabelle 5.4 Anzahl rezeptierter Medikamente 72
Tabelle 5.5 Präparatemuster und Geschlecht (Signifikanzprüfung) 73
Tabelle 5.6 Verordnung von Arbeitsruhe 76
Tabelle 5.7 Arbeitsunfähigkeit und Geschlecht (U-Test) 77
Tabelle 5.8 Überweisungen und Geschlecht (Signifikanzprüfung) 78
Tabelle 5.9 Überweisungen und Geschlecht bei 16-45-Jährigen (Sign.) .79

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN

Abbildung 1.1 Altersverteilung der Patienten 53
Abbildung 1.2 Absolute Häufigkeit der Altersklassen 53
Abbildung 2.1 Zahl der Termine im Beobachtungszeitraum - kumuliert ..56
Abbildung 2.2 Arzt-Patienten-Kontakte pro Altersklasse 58
Abbildung 2.3 Arzt-Patienten-Kontakte pro Patient 58
Abbildung 2.4 Konsultationstermine pro Patientin 59
Abbildung 2.5 Konsultationshäufigkeit unter standardis.Bedingungen ..6o
Abbildung 3.1 Diagnosenzahl pro Patient - kumulierte Häufigkeit 62
Abbildung 3.2 Diagnosenzahl pro Altersklasse 64
Abbildung 3.3 Diagnosenzahl pro Patient 64
Abbildung 3.4 Relative Häufigkeit diagnostischer Kategorien 65
Abbildung 4.1 Laboruntersuchungen und Geschlecht 67
Abbildung 4.2 Blutdruckmessungen und Geschlecht 68
Abbildung 5.1 Rezepte pro Patient 69
Abbildung 5.2 Rezeptzahl pro Patient - kumulierte Häufigkeit 69
Abbildung 5.3 Rezeptordination unter standardisierten Bedingungen ...71
Abbildung 5.4 Medikamente pro Patient 72
Abbildung 5.5 Medikamente pro Rezept 72
Abbildung 5.6 Präparatemustermitgaben und Geschlecht 74
Abbildung 5.7 Präparatemustermitgaben unter standard.Bedingungen 74
Abbildung 5.8 AU-Fälle pro Beschäftigte 76
Abbildung 5.9 AU-Tage pro AU-Fall 76
Abbildung 5.1o AU-Tage pro Beschäftigte 76
Abbildung 5.11 Überweisungen und Geschlecht 78

L I T E R A T U R

Aberle,D.F., K.D.Naegele: Middle-class father's occupational role and attitudes toward children.
Am.J.Orthopsychiat. 22 (1952) 366-78

Abraham,K.: Zur narzißtischen Überbewertung der Exkretionsvorgänge in Traum und Neurose.
Internat.Ztschr.f.Psa. VI (1920) 64-7

Adler,A.: Über den nervösen Charakter. (1928)
Frankfurt (1977)

Ahrens,S.: Erste Ergebnisse einer Untersuchung über die Arzt-Patient-Interaktion in der Allgemeinpraxis.
Prakt.Arzt 13 (1976) 403-10, 703-9

Ahrens,S.: Interaktionsmuster der ambulanten Arzt-Patient-Beziehung in der Allgemeinpraxis.
in: Wege zum Arzt.
Hrsg. v. Siegrist,J., A.Hendel-Kramer
München (1979)

Amthauer,R.: Über das "Spezifische" und das "Kompensatorische" beim Zustandekommen von Leistung, aufgezeigt an Ergebnissen einer Untersuchung zur Frage der Leistungsunterschiede der Geschlechter.
Psychol.Rundschau 14 (1963) 151-70

Amthauer,R.: Ergebnisse einer Studie über krankheitsbedingte Fehlzeiten.
Psychol.Rundschau 14 (1963) 1-12

Anastasi,A.: Differentielle Psychologie.
Weinheim,Basel (1976) 480-530

Argelander,H.: Das Erstinterview in der Psychotherapie.
Darmstadt (1970) 10

Augustin,I.: Über das Geschlechterverhältnis der Kriegs- und Nachkriegsgeburten.
Diss.Med.Fak. Düsseldorf (1949)

Bakwin,H.: Sex factor in infant mortality.
Human Biol. 1 (1929) 90-116

Balint,M.: Therapeutische Aspekte der Regression.
Reinbek (1973) 145

Bauer,M.: Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie.
Stuttgart (1976)

Beauvoir,S.de: Das andere Geschlecht.
Reinbek (1960)

Beckmann,D., H.E.Richter: Gießen-Test.
Bern (1972) 27 ff

Behnke,B.: Psychoanalyse in der Erziehung.
München (1972) 35 ff

Belchaus,G.: Familien- und Eherecht.
Heidelberg (1977) 9 ff

Chasseguet-Smirgel,J.: Die weiblichen Schuldgefühle.
in: Psychoanalyse der weiblichen Sexualität
Hrsg. v. Chasseguet-Smirgel,J.
4.Aufl., Frankfurt (1979) 134-91

Christian,P.: Vegetative Regulationsstörungen.
in: Innere Medizin
Hrsg. v. Schettler,G.
Bd.1 (1976) 233

Crutshfield,R.S.: Conformity and character.
Amer.Psychologist 1o (1955) 191-8

D'Andrade,R.: Sex differences and cultural institutions.
in: The development of sex differences
Hrsg. v. Maccoby,E.E.
Stanford (1966) 174-2o4

Dannhauer,H.: Geschlecht und Persönlichkeit.
Berlin (1973)

David,C.: Zu einer männlichen Mythologie über die Weiblichkeit.
in: Psychoanalyse der weiblichen Sexualität
Hrsg. v. Chasseguet-Smirgel,J.
4.Aufl., Frankfurt (1979) 68-96

Davidsohn,W.M., P.R.Smith: A morphological sex difference in the polymorphonuclear neutrophil leucocytes.
Brit.Med.J. (1954) II 6

DeLucia,L.A.: The toy preference test: a measure of sex-role identification.
Child Developm. 34 (1963) 1o7-17

Deutsch,H.: Psychoanalyse der weiblichen Sexualfunktionen.
Leipzig,Wien,Zürich (1925)

Deutsch,H.: Der feminine Masochismus und seine Beziehung zur Frigidität.
Internat.Ztschr.f.Psa. XVI (193o) 172-84

Digman,J.M.: Principal dimensions of child personality as inferred from teacher's jedgments.
Child Developm. 34 (1963) 43-6o

Diemer,A.: Elementarkurs Philosophie - Dialektik.
Düsseldorf (1976)

Dilling,H., S.Weyerer: Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrische Versorgung.
München (1978) 38 f

Dolland,D.J., K.Adelberg: The learning of sharing behavior.
Child Developm. 38,2 (1967) 695-7oo

Dreibholz,K.J., P.A.Rohde: Die Verdener Diagnosenliste.
Der Prakt.Arzt 1o (1972) 1824-38

Drömann,S.: Verhaltensstörungen im Kindesalter - Geschlechtsspezifische Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen.
Pädiat.Prax. 17 (1976) 35-9

Durant,W.: Kulturgeschichte der Menschheit.
Bd.III, Lausanne (1935) 312

Eder,M.: Allgemeine Ätiologie.
in: Lehrbuch der Allg. Pathologie und Pathologischen Anatomie
Hrsg.v. Eder,M., P.Gedigk
3o.Aufl., Berlin (1977) 277

Ehrhardt,A.A., R.Epstein, J.Money: Fetal androgens and female gender identity in the early-treated androgenital syndrome. Johns Hopk.med.J. 122 (1968) 160-7

Eibl-Eibesfeld,I.: Grundriß der vergleichenden Verhaltensforschung. München (1967) 44, 68

Eicher,W.: Geschlechtsidentität und psychosoziale Aspekte bei fehlerhafter Geschlechtsentwicklung. Gynäkologe 9 (1976) 39-45

Eicher,W., T.v.Uexküll: Psychosomatische Aspekte in der Gynäkologie. in: Lehrbuch der psychosomatischen Medizin Hrsg. v. Uexküll,T.v. München,Wien,Baltimore (1979) 717 f

Eliasson,R.: Sexuelles Debüt - und was dann? Sexualmedizin 4 (1975) 429-34

Ellis,A.: The sexual psychology of human hermaphrodites. Psychosom.Med. VII (1945) 108-25

Emmerich,W.: Variations in the parent role as a function of the parent's sex and the child's sex and age. Merrill-Palmer Quart. 8 (1962) 3-11

Engel,G.L.: Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit. Bern (1976)

Enterline,P.E.: Sick absence for men and women by marital status. Arch.Environ Health 8 (1964) 466-70

Fahrenberg,J.: Körperlich-funktionelle Beschwerden und Persönlichkeitsmerkmale. Nervenarzt 40 (1969) 111-6

Falik,L.A.: Sexuality and endocrine glands: Embryonic sex differentiation. J.Sex.Res. 12 (1976) 124-34

Fenichel,O.: Psychoanalytische Neurosenlehre. (1945) Bd.I/III, Olten (1974)

Ferber,C.v.: Soziologie für Mediziner. Berlin (1975)

Ferber,C.v.: Gesundheitsverhalten. in: Wege zum Arzt Hrsg. v. Siegrist,J., A.Hendel-Kramer München,Wien,Baltimore (1979)

Ferenczi,S.: Zur Erkenntnis des Unbewußten. München (1978) 236-8

Freud,A.: Das Ich und die Abwehrmechanismen. (1936) 9.Aufl., München (1977) 116

Freud,S.: Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen. (1896) Ges.Werke Bd. I, London 1952, Frankfurt 2. Aufl. 1964, 377-404

Freud,S.: L'Hérédité et l'Etiologie des Névroses. (1896) Ges.Werke Bd. I, London 1952, Frankfurt 2. Aufl. 1964, 405-22

Freud,S.: Zur Ätiologie der Hysterie. (1896) Ges.Werke Bd. I, London 1952, Frankfurt 2. Aufl. 1964, 423-60

Freud,S.: Die Traumdeutung. (1900)
Ges.Werke Bd. II/III, London 1942, Frankfurt 3.Aufl. 1961

Freud,S.: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. (1905)
Ges.Werke Bd. V, London 1942, Frankfurt 3.Aufl. 1961, 27-146

Freud,S.: Meine Ansichten über die Rolle der Sexualität in der Ätiologie der Neurosen. (1906)
Ges.Werke Bd. V, London 1942, Frankfurt 3.Aufl. 1961, 147-60

Freud,S.: Über infantile Sexualtheorien. (1908)
Ges.Werke Bd. VII, London 1941, Frankfurt 6.Aufl. 1976, 171-90

Freud,S.: Charakter und Analerotik. (1908)
Ges.Werke Bd. VII, London 1941, Frankfurt 6.Aufl. 1976, 203-12

Freud,S.: Über Psychoanalyse. (1910)
Ges.Werke Bd. VIII, London 1943, Frankfurt 4.Aufl. 1964, 1-60

Freud,S.: Eine Kindheitserinnerung des Leonardo da Vinci. (1910)
Ges.Werke Bd. VIII, London 1943, Frankfurt 4.Aufl. 1964, 127-212

Freud,S.: Das Interesse an der Psychoanalyse. (1913)
Ges.Werke Bd. VIII, London 1943, Frankfurt 4.Aufl. 1964, 389-420

Freud,S.: Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung. (1914)
Ges.Werke Bd. X, London 1946, Frankfurt 3.Aufl. 1963, 43-113

Freud,S.: Zur Einführung des Narzißmus. (1914)
Ges.Werke Bd. X, London 1946, Frankfurt 3.Aufl. 1963, 137-70

Freud,S.: Triebe und Triebschicksale. (1915)
Ges.Werke Bd. X, London 1946, Frankfurt 3.Aufl. 1963, 208-32

Freud,S.: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. (1916/7)
Ges.Werke Bd. XI, London 1941, Frankfurt 3.Aufl. 1961

Freud,S.: Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens. (1918)
Ges.Werke Bd. XII, London 1947, Frankfurt 2.Aufl. 1955, 159-80

Freud,S.: Wege der psychoanalytischen Therapie. (1919)
Ges.Werke Bd. XII, London 1947, Frankfurt 2.Aufl. 1955, 181-94

Freud,S.: Über einige neurotische Mechanismen bei Eifersucht, Paranoia und Homosexualität. (1922)
Ges.Werke Bd. XIII, London 1940, Frankfurt 4.Aufl. 1963, 193-208

Freud,S.: "Psychoanalyse" und "Libidotheorie". (1923)
Ges.Werke Bd. XIII, London 1940, Frankfurt 4.Aufl. 1963, 209-34

Freud,S.: Das Ich und das Es. (1923)
Ges.Werke Bd. XIII, London 1940, Frankfurt 4.Aufl. 1963, 235-90

Freud,S.: Die infantile Genitalorganisation. (1923)
Ges.Werke Bd. XIII, London 1940, Frankfurt 4.Aufl. 1963, 291-8

Freud,S.: Der Untergang des Ödipuskomplexes. (1924)
Ges.Werke Bd. XIII, London 1940, Frankfurt 4.Aufl. 1963, 393-402

Freud,S.: Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschiedes. (1925)
Ges.Werke Bd. XIV, London 1948, Frankfurt 3.Aufl. 1963, 17-30

Freud,S.: Selbstdarstellung. (1925)
Ges.Werke Bd. XIV, London 1948, Frankfurt 3.Aufl. 1963, 31-96

Freud,S.: Fetischismus. (1927)
Ges.Werke Bd. XIV, London 1948, Frankfurt 3.Aufl. 1963, 309-18

Freud,S.: Das Unbehagen in der Kultur. (1930)
Ges.Werke Bd. XIV, London 1948, Frankfurt 3.Aufl. 1963, 419-506

Freud,S.: Über die weibliche Sexualität. (1931)
Ges.Werke Bd. Xiv, London 1948, Frankfurt 3.Aufl. 1963, 515-38

Freud,S.: Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse.
Ges.Werke Bd. XV, London 1940, Frankfurt 3.Aufl. 1961

Freud,S.: Die endliche und die unendliche Analyse. (1937)
Ges.Werke Bd. XVI, London 1950, Frankfurt 2.Aufl. 1961, 57-100

Freud,S.: Abriß der Psychoanalyse. (1940)
Ges.Werke Bd. XVII, London 1941, Frankfurt 6.Aufl. 1978, 63-140

Freud,S.: Aus den Anfängen der Psychoanalyse. (1887-1902)
Standard Edition, London, Bd. I, 201

Freud,S.: Brief an Ernest Jones. (1938)
in: Briefe 1873-1939
Hrsg. v. Freud,E., L.Freud
2.Aufl., Frankfurt (1968) 460

Friedrichs,J.: Geschlechterrollen.
in: Lexikon der Psychologie
Hrsg. v. Eysenck,A.
Bd. I, Freiburg (1971) 762 f

Fromm,E.: Sex and character.
Psychiatry 6 (1943) 21-31

Fromm,E.: Analytische Sozialpsychologie und Gesellschaftspsychologie.
Frankfurt (1970) 71-6

Gatewood,M.C., A.P.Weiss: Race and sex differences in newborn infants.
J.Genet.Psychol. 38 (1930) 31-49

Gebhard,P.H.: Stressor aspects of societal attitudes to sex roles and relationships.
in: Society, stress and disease; Vol.3
Hrsg. v. Levi,L.
New York (1978) 77-80

Gebsattel,V.E.v.: Allgemeine und medizinische Anthropologie des Geschlechtslebens.
in: Die Sexualität des Menschen
Hrsg. v. Giese,H.
Stuttgart (1968) 1

Gedigk,P., V.Totović: Zell- und Gewebsschäden.
in: Lehrbuch der Allg. Pathologie und Pathologischen Anatomie
Hrsg. v. Eder,M., P.Gedigk
30.Aufl., Berlin (1977) 2, 37

Geodakjan,W.: Adam und Eva - kybernetisch betrachtet.
in: (dtsch.) Siebzehn Welträtsel - die großen Fragen der Forschung.
Hrsg. v. Jefremow,I.
Moskau (1967) / Stuttgart (1972) 136-49

Gerz,H.O.: Die Häufigkeit der einzelnen Krankheiten in ihrer Beziehung zu Geschlecht und Alter.
Diss.Med.Fak. Düsseldorf (1953)

Giese,H.: Mensch, Geschlecht, Gesellschaft.
Baden-Baden (1961)

Gilkinson,H.: Masculine temperament and secondary sex characteristics: a study of the relationship between psychological and physiological measures of masculinity.
Genet.Psychol.Monogr. 19 (1937) 1o5-54

Goerttler,K., C.O.Köhler, G.Wagner, L.Wanzek: War die "Woche der Krebsvorsorge" in Baden-Württemberg ein Erfolg?
Med.Welt 26 (1975) 961-71

Goodman,J.A.: Institutionalized sexism as a social constraint in male / female interaction.
in: Society, stress and disease; Vol 3
Hrsg. v. Levi,L.
New York (1978) 96-9

Greenson,R.R.: Technik und Praxis der Psychoanalyse.
Stuttgart (1975)

Gringmuth,I., H.Schüler: Stomatologische Inanspruchnahme.
Z.Aerztl.Fortbild. 68 (1974) 998-1ooo

Groddeck,G.: Briefe über das Es. (1917)
München (1974) 13

Grunberger,B.: Über das Phallische.
Psyche 17 (1964) 6o4-2o

Grunberger,B.: Vom Narzißmus zum Objekt.
Frankfurt (1976) 2o6 ff

Grunberger,B.: Beitrag zur Untersuchung des Narzißmus in der weiblichen Sexualität. (1964)
in: Psychoanalyse der weiblichen Sexualität
Hrsg. v. Chasseguet-Smirgel,J.
4.Aufl., Frankfurt (1979) 97-119

Hammer,F.: Leib und Geschlecht - philosophische Perspektiven.
Bonn (1974) 75-7

Hann-Kende,F.: Über Klitorisonanie und Penisneid.
Internat.Ztschr.f.Psa. XIX (1933) 416-27

Harnack,G.A.v.: In der Neugeborenenperiode erkennbare Mißbildungen.
in: Kinderheilkunde
Hrsg. v. Harnack,G.A.v.
4.Aufl., Berlin (1977) 1-4, 24

Hárnik,J.: Schicksale des Narzißmus bei Mann und Weib.
Internat.Ztschr.f.Psa. IX (1923) 278-96

Hárnik,J.: Die ökonomischen Beziehungen zwischen dem Schuldgefühl und dem weiblichen Narzißmus.
Internat.Ztschr.f.Psa. XIV (1928) 175-9

Hartup,W.W., S.G.Moore: Avoidance of inappropriate sex-typing by young children.
J.consult.Psychol. 27 (1963) 467-73

Havighurst,R.J., L.L.Janke: Relations between ability and social status in a midwestern community. I: Ten-year old children.
J.Educ.Psychol. 35 (1944) 357-68

Heigl-Evers,A.: Psychoanalyse und Gruppe.
Göttingen (1971)

Heigl-Evers,A., F.Heigl: Geben und Nehmen in der Ehe.
Stuttgart (1961) 1o

Heigl-Evers,A., F.Heigl: Gelten und Geltenlassen in der Ehe.
Stuttgart (1963) 14 f

Heigl-Evers,A.: Die Gruppe unter soziodynamischem und
antriebspsychologischem Aspekt.
in: Analytische Gruppenpsychotherapie
Hrsg. v. Preuss,H.G.
Hamburg (1972) 44-72

Heigl,F.: Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie.
Göttingen (1968) 2.Aufl, 19o

Heinz,R.: Über Regression.
in: Die Psychologie des 2o. Jahrhunderts
Hrsg. v. Eicke,D.
Bd. III, Zürich (1976) 493-8

Hendel-Kramer,A., J.Siegrist: Soziale und psychische
Determinanten des Krankheitsverhaltens.
in: Wege zum Arzt
Hrsg. v. Siegrist,J., A.Hendel-Kramer
München,Wien,Baltimore (1979)

Henry,J.P., D.L.Ely, P.M.Stephens: Social psychosociological studies
of the sexual differentation of behavior in mammalian society.
in: Society, stress and disease; Vol. 3
Hrsg. v. Levi,L.
New York (1978) 42-8

Hertz,D.G., H.Molinski: Psychosomatik der Frau.
Berlin,Heidelberg,New York (1979) 1o-26

Hetherington,E.M.: A development study of the effects of sex of the
dominant parent on sex-role preference, identification, and
imitation in children.
J.Pers.Soc.Psychol. 2 (1965) 188-94

Hinkle,L.E., R.Redmont, N.Plummer, H.G.Wolff: An examination of the
relation between symptoms, disability and serious illness, in
two homogeneous groups of men and women.
Am.J.Public Health 5o (196o) 1327-36

Hoerz,H.E.: Rezension zu Heinz Dannhauer: Geschlecht und Persönlichkeit,
eine Untersuchung zur psychischen Geschlechtsdifferenzierung in
der Ontogenese.
Dtsche Ztschr.f. Philosophie Bd. 23 (1975) 1121-3

Horney,K.: Zur Genese des weiblichen Kastrationskomplexes.
Internat.Ztschr.f.Psa. IX (1923) 12-26

Horney,K.: Flucht aus der Weiblichkeit.
Internat.Ztschr.f.Psa. XII (1926) 36o-74

Horney,K.: Die Angst vor der Frau.
Internat.Ztschr.f.Psa. XVIII (1932) 5-2o

Horney,K.: Die Verleugnung der Vagina. Ein Beitrag zur Frage der
spezifisch weiblichen Genitalängste.
Internat.Ztschr.f.Psa. XIX (1933) 372-84

Jacobson,E.: Das Selbst und die Objekte.
Frankfurt (1973) 82 f

Johnson,W.B., L.M.Terman: Some highlights in the literature of psychological sex differences published since 1920.
J.Psychol. 9 (1940) 327-36

Jones,E.: Die erste Entwicklung der weiblichen Sexualität.
Internat.Ztschr.f.Psa. XIV (1928) 11-25

Jones,E.: Die phallische Phase.
Internat.Ztschr.f.Psa. XIX (1933) 322-57

Jones,E.: Über die Frühstadien der weiblichen Sexualentwicklung.
Internat.Ztschr.f.Psa. XXI (1935) 331-41

Jung,C.G.: Psychologische Typen.
Ges.Werke VI, ZÜrich (1921) 597

Jung,C.G.: Die Frau in Europa.
Zürich (1948)

Jung,C.G.: Die Archetypen und das kollektiv Unbewußte.
3.Aufl., Olten (1978) 37, 85, 302

Kagan,A.R.: The concept of normality: male / female roles and relationships.
in: Society, stress and disease; Vol. 3
Hrsg. v. Levi, L.
New York (1978) 3-7

Kagan,A.R.: Pathogenetic aspects of sex roles and relationships: Epidemiological considerations.
in: Society, stress and disease; Vol. 3
Hrsg. v. Levi,L.
New York (1978) 143-8

Kagan,A.R.: Synopsis of general discussion.
in: Society, stress and disease; Vol. 3
Hrsg. v. Levi,L.
New York (1978) 256-79

Kaiser,R.: Anatomie und Physiologie der Fortpflanzung.
in: Lehrbuch der Gynäkologie
Hrsg. v. Martius,G.
9.Aufl., Stuttgart (1977) 7, 22 f

Kaulfush,G.: Geschlechtsunterschiede.
in: Lexikon der Psychologie
Hrsg. v. Arnold, A.Eysenck
Bd.I, Freiburg (1971) 766

Kellner-Manger,E.: Mann und Frau im Deutschen Idealismus.
Berlin (1937)

Kepp,R., H.J.Staemmler: Lehrbuch der Gynäkologie.
Stuttgart (1977)

Kerekjarto,M.v.: Persönlichkeit: Methoden, Merkmale, Modelle.
in: Medizinische Psychologie
Hrsg. v. Kerekjarto,M.v.
Berlin (1974) 200 f

Kernberg,O.F.: Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus.
Frankfurt (1979)

Kiehl,H.: Allgemeinbefinden und ärztliche Inanspruchnahme.
Z.Aerztl.Fortbild. 68 (1974) 979-83

Kirsch,I.: Arbeitsunfähigkeit.
Z.Aerztl.Fortbild. 68 (1974) 983-7

Klein,M.: Die Bedeutung der Symbolbildung für die Ichentwicklung.
Internat.Ztschr.f.Psa. XVI (1930) 57-72

Klein,M.: Die Psychoanalyse des Kindes. (1932)
München (1971)

Kohlberg,L.: A cognitive-developmental analysis of children's
se-role concepts and attitudes.
in: The development of sex differences
Hrsg. v. Maccoby,E.E.
Stanford (1966) 82-173

Kohn,M.L.: Social class and parental values.
Amer.J.Sociol. 64 (1959) 337-51

Kohn,R., K.L.White (Ed.): Health care. An international study.
London (1976)

Krayenbühl,H.P.: Dyspnoe infolge Erkrankungen des Herzens.
in: Differentialdiagnose innerer Krankheiten
Hrsg. v. Siegenthaler,W., M.Hegglin
14.Aufl., Stuttgart (1980) 10.10 f, 10.42

Kreuz,B., W.Wehrmeister: Zu einigen organisatorischen Aspekten
der ambulatorischen Inanspruchnahme.
Z.Aerztl.Fortbild. 68 (1974) 989-91

Kris,E.: Probleme der Aesthetik.
Internat.Ztschr.f.Psa.u.Imago 26 (1941) 142-78

Kürthy,T.: Geschlechtsspezifische Sozialisation.
Paderborn (1978) Bd.I/II

Lader,S.: A survey of the incidence of self-medication.
Practitioner 194 (1965) 132-6

Lampl-de Groot,A.: Zur Entwicklungsgeschichte des
Ödipuskomplexes der Frau.
Internat.Ztschr.f.Psa. XIII (1927) 269-82

Lampl-de Groot,A.: Zu den Problemen der Weiblichkeit.
Internat.Ztschr.f.Psa. XIX (1933) 385-415

Laplanche,J., J.B.Pontalis: Das Vokabular der Psychoanalyse.
2.Aufl., Frankfurt (1975) 303

Lee,G.R.: Marriage and morale in later life.
J.Marr.Fam. 40 (1978) 131-9

Lehr,U.: Das Problem der Sozialisation geschlechtsspezifischer
Verhaltensweisen.
in: Handbuch der Psychologie
Hrsg. v. Gottschaldt,K.; Bd. VII hrsg. v. Graumann,C.F.
Bd. VII, Göttingen (1972) 886-954

Lersch,P.: Vom Wesen der Geschlechter.
München (1947)

Lewin,B.D.: Kotschmieren, Menses und weibliches Über-Ich.
Internat.Ztschr.f.Psa. XVI (1930) 43-56

Lewis,M.A., C.E.Lewis: The potential impact of sexual equality on health.
New Engl.J.Med. 297 (1977) 863-9

Liljeström,R.: Is the nuclear family the answer in a changing society?
in: Society, stress and disease; Vol. 3
Hrsg. v. Levi,L.
New York (1978) 88-95

Lipsitz-Benn,S.: Die Harten und die Zarten.
Psychologie heute 3 (1976) 54-9

Loch,W.: Regression.
Psyche 17 (1963/4) 516-45

Löhe,E.: Die allgemeine Krankheitshäufigkeit und Krankheitsdauer der Arbeitnehmer in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Verdienst.
Diss.Med.Fak. Düsseldorf (1963)

Luquet-Parat,C.J.: Der Objektwechsel.
in: Psychoanalyse der weiblichen Sexualität
Hrsg. v. Chasseguet-Smirgel,J.
4.Aufl., Frankfurt (1979) 120-33

Maccoby,E.E.: The development of sex differences.
Stanford (1966)

Maccoby,E.E., C.N.Jacklin: The psychology of sex differences.
Stanford (1974)

Maccoby,E.E., C.N.Jacklin: Geschlechtsunterschiede - was wir darüber wissen und was wir darüber nicht wissen.
Psychologie heute 2 (1975) 15-20

Mahler,S.M., F.Pine, A.Bergman: Die psychische Geburt des Menschen.
Frankfurt (1978) 154

Martius,G.: Regelwidrige Schwangerschaftsdauer.
in: Lehrbuch der Geburtshilfe
Hrsg. v. Martius,G.
9.Aufl., Stuttgart (1977) 214

McDougall,W.: Psychoanalyse und Sozialpsychologie.
Bern (1947)

McGuire,C.: Sex role and community variability in test performances.
J.Educ.Psychol. 52 (1961) 61-73

Mead,M.: Sex and temperament in three primitive societies.
New York (1936) / dtsch: Reinbek (1959)

Mead,M.: Male and female. A study of the sexes in a changing world.
Westport (1977)

Mead,M.: Social determinants of male and female roles and relationships.
in: Society, stress and disease; Vol. 3
Hrsg. v. Levi,L.
New York (1978) 22-29

Mendel,G.: Children's preference for differing degrees of novelty.
Child Developm. 36 (1965) 453-65

Mendel,G.: Die Revolte gegen den Vater - Eine Einführung in die Soziopsychoanalyse.
Frankfurt (1972)

Milner,E.: Effects of sex role and social status on the early adolescent personality.
Genet.Psychol.Monogr. 4o (1949) 231-325

Mitscherlich,A.: Freiheit und Unfreiheit in der Krankheit.
Hamburg (1948)

Mitscherlich,A.: Anmerkung über die Chronifizierung psychosomatischen Geschehens.
Psyche XV (1961/2) 1-25

Mitscherlich,A.: Krankheit als Konflikt.
Frankfurt (1966) 9 f

Mitscherlich,M.: Die Bedeutung der Psychoanalyse für eine Humanisierung der Medizin.
Neurol.Psychiat. 5 (1979) 5o4-8

Money,J., A.Ehrhardt: Männlich-Weiblich; die Entstehung der Geschlechtsunterschiede.
Reinbek (1975)

Money,J.: Determinants of differentation and development.
in: Society, stress and disease; Vol. 3
Hrsg. v. Levi,L.
New York (1978) 8-21

Moore,K.L., M.L.Barr: Morphology of the nerve cell nucleus in mammals, with special reference to the sex chromatin.
J.Comp.Neurol. 98 (1953) 213

Müller,J.: Ein Beitrag zur Frage der Libidoentwicklung des Mädchens in der genitalen Phase.
Internat.Ztschr.f.Psa. XVII (1931) 256-62

Müller-Braunschweig,C.: Zur Genese des weiblichen Über-Ich.
Internat.Ztschr.f.Psa. XII (1926) 375-8

Nagera,H.: Psychoanalytische Grundbegriffe.
Frankfurt (1974)

Niehoff,J.U.: Die Sprechstundentätigkeit des Facharztes für Allgemeinmedizin.
Z.Aerztl.Fortb. 7o (1976) 1o86-9 / 1138-42 / 1189-92
1244-7 / 1283-8

Nissen,G.: Psychopathologie des Kindesalters.
Darmstadt (1977)

Norman,R.D., B.P.Clark, D.W.Bessemer: Age, sex, I.Q., and achievement patterns in achieving and nonachieving gifted children.
Except.Child. 29 (1962) 116-23

Nunberg,H.: Allgemeine Neurosenlehre.
4.Aufl., Bern (1975) 12o ff

Nyman,K., E.Kalimo: National sickness insurance and the use of physicans' services in finland.
Soc.Sci.Med. 7 (1973) 541-53

Odhnoff,C.: Sex roles and relationships: social policy as a means of prevention of psychosocial dysfunction.
in: Society, stress and disease; Vol. 3
Hrsg. v. Levi,L.
New York (1978) 212-26

Odier,I.C.: Mutterbindung des Weibes. Ein Beitrag zum Studium des weiblichen Über-Ich.
Internat.Ztschr.f.Psa. XVIII (1932) 429-49

Owen,A., R.Winkler: General practitioners and psychosocial problems: an evaluation using pseudopatients.
Med.J.Aust. 2 (11) (1974) 393-8

Parkes,A.S.: The mammalian sex-ratio.
Biol.Rev. 2 (1926) 1-51

Paul,H.A.: Analyse der gesundheitlichen Situation der Frau.
in: Gesundheitsprobleme der weiblichen Bevölkerung
Hrsg. v. Lehr,U., H.A.Paul, A.Rüssel, M.Thole
Frechen (1969)

Persky,H.: Neuro-endocrine determinants of differences in hostility and aggression between males and females.
in: Society, stress and disease; Vol. 3
Hrsg. v. Levi,L.
New York (1978) 49-54

Petroni,F.A.: Preferred right to the sick role and illness behavior.
Soc.Sci.Med. 5 (1971) 645-53

Pfaundler,M.v.: Studien über den Fruchttod. Geschlechtsverhältnis und Selektion.
Z.Kinderheilk. 57 (1935) 185-227

Pfaundler,M.v.: Über das Geschlechterverhältnis bei frühem Erkranken und Sterben.
Munch.Med.Wochenschr. 89 (1942) 115-22

Pflanz,M., M.Pinding, A.K.Armbrüster, M.Török: Medizinsoziologische Untersuchung über das Gesundheitsverhalten.
Mediz.Klinik 1o (1966) 361-97

Pflanz,M.: Gesundheitsverhalten.
in: Der Kranke in der modernen Gesellschaft
Hrsg. v. Mitscherlich,A.
Köln (1967) 283-9

Pflanz,M.: Soziokulturelle, epidemiologische und ökologische Aspekte der Krankheit.
in: Der Kranke in der modernen Gesellschaft
Hrsg. v. Mitscherlich,A.
Köln (1967) 369-81

Pflanz,M.: Medizinsoziologie.
in: Handbuch der empirischen Sozialforschung
Hrsg. v. König,R.
Stuttgart (1979) 2.Aufl., Bd. 14, 238-344

Phillips,D.L.: Self-reliance and the inclination to adopt the sick role.
Social Forces 43 (1965) 555-63

Radoschewski,M.: Ambulante Morbidität und ärztliche Inanspruchnahme.
Z.Aerztl.Fortb. 68 (1974) 974-8

Rathgeber,W.: Kompendium der medizinischen Soziologie.
München (1974)

Rechenberger,J.: Untersuchung über die Altersabhängigkeit der Eisenresorption.
Zschr.Altersforsch. VII (1953/4) 1o9

Redlich,F.C., D.X.Freedman: Theorie und Praxis der Psychiatrie.
Bd.I/II, Frankfurt (197o)

Richter,H.E.: Lernziel Solidarität.
Hamburg (1974) 31-56

Ringeling,H.: Fragen der Theologie an die Anthropologie zur Geschlechtlichkeit des Menschen.
Freiburger Ztschr.f.Philosophie u.Theologie 21 (1974) 271-9o

Riviere,J.: Weiblichkeit als Maske.
Internat.Ztschr.f.PsA. XV (1929) 285-96

Röhlig,B.: Patienten-Compliance in einer ländlichen Allgemeinarztpraxis.
Diss. Med. Fak. Düsseldorf (1981)

Rosenberg,B.G., B.Sutton-Smith: The measurement of masculinity and femininity in children.
Child Developm. 3o (1959) 373-8o

Roskamp,H.: Grundzüge der Neurosenlehre.
in: Die Krankheitslehre der Psychoanalyse
Hrsg. v. Loch,W.
3.Aufl., Stuttgart (1977) 1o1-4

Rothbart,M.K., E.E.Maccoby: Parents differential reactions to sons and daughters.
J.Pers.Soc.Psychol. 4 (1966) 237-43

Rowe,A.W.: Studies of the endocrine glands.
Endocrinology 12 (1928) 1-54

Rüssel,A., M.Thole: Der Krankenstand von Industriearbeiterinnen.
in: Gesundheitsprobleme der weiblichen Bevölkerung
Hrsg. v. Lehr,U., H.A.Paul, M.Pflanz, A.Rüssel, M.Thole
Frechen (1969)

Schairer,E., J.Rechenberger: Das Leber- und Milzeisen bei Mann und Frau in verschiedenen Lebensaltern.
Virchows Arch. 315 (1948) 3o9

Schelsky,H.: Die sozialen Formen der sexuellen Beziehungen.
in: Die Sexualität des Menschen
Hrsg. v. Giese,H.
Stuttgart (1968) 137-68

Schüler,H., D.Augustin: Morbiditätserfassung chronischer Krankheitszustände.
Z.Aerztl.Fortbild. 68 (1974) 991-7

Schultz-Hencke,H.: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie.
2.Aufl., Stuttgart (197[illegible]) 66 f

Schwab,J.J.: Psychosomatics and consultation.
Psychosomatics XIII (1972) 9-12

Schwartz,F.W., H.Holstein, V.Weidtmann: Ergebnisse der Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter.
Dtsches Ärzteblatt 37 (1979) 2341-8

Schwarzer,A.: Der "kleine Unterschied" und seine großen Folgen:
Frauen über sich - Beginn einer Befreiung.
Frankfurt (1977)

Sears,P.S.: Doll play aggression in normal young children:
influence of sex, age, sibling status, father's absence.
Psychol.Monogr. 65 (1951) Nr. 6, 42S.

Sears,R.R.: Relation of early socialization experiences to
aggression in middle childhood.
J.abnorm.soc.Psychol. 63 (1961) 466-92

Seidel,D., H.Schmidt-Gayk: Normbereiche von Laborwerten.
in: Innere Medizin
Hrsg.v. Schettler,G.
4.Aufl., Bd.I, Stuttgart (1976) 7oo-5

Shock,N.W., A.B.Hastings: Sex difference in average ph, bicarbonate
and carbon dioxide tension of blood.
J.Biol.Chem. 1o4 (1934) 585-6oo

Siegenthaler,W., S.Jenny: Allgemeine Gesichtspunkte.
in: Differentialdiagnose innerer Krankheiten
Hrsg. v. Hegglin,M., W.Siegenthaler; 14.Aufl.
Stuttgart (198o) 1.1-18

Siegrist,J.: Lehrbuch der medizinischen Soziologie.
3.Aufl., München (1977)

Slater,P.E.: Mikrokosmos: Eine Studie über Gruppendynamik.
Frankfurt (1978)

Smock,C.D., B.G.Holt: Children's reactions to novelty: an experimental
study of "curiosity motivation".
Child Developm. 33 (1962) 631-42

Spijker,H.v.de: Männlichkeit - ein Leitbild? Weiblichkeit - ein Leitbild?
Med.Welt 28 (1977) 194-7

Springer-Kremser,M.: Soziogenese der Orgasmusdysfunktion.
Sexualmedizin 6 (1977) 717-8

Statistisches Bundesamt: Bevölkerung und Kultur,
VII: Gesundheitswesen, Körperbehinderte.
Wiesbaden (1966) 8

Statistisches Bundesamt: Bevölkerung und Kultur,
VII: Gesundheitswesen, Kranke und unfallverletzte Personen.
Wiesbaden (1966)

Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch 198o für die BR Dtld.
Wiesbaden (198o)

Statistisches Bundesamt: Todesursachen der Gestorbenen -
Fehlbildungen bei Geborenen.
Stuttgart (198o)

Stemann,S.: Die Phallusbedeutung des Penis.
bislang unveröffentl Manuskript, Tiefenbrunn/Göttingen (198o)

Stirn,A.: Fehlzeiten im Betrieb und veränderte Krankheitsbilder.
Dtsch.Ärzteblatt 64 (1967) 19o-5

Stoeckle,J.D., I.Zola, G.E.Davisdon: On going to see the doctor, the
contributions of the patient to the decision to seek medical aid.
J.Chron.Dis. 16 (1963) 975-89

Terman,L.M., L.E.Tyler: Psychological sex differences.
in: Manual of child psychology
2.Aufl., New York (1963) 1o64-1114

Thorbecke,R.: Mißglückte Handlungs- versus Krankheitssituationen.
in: Wege zum Arzt
Hrsg. v. Siegrist,J., A.Hendel-Kramer
München,Wien,Baltimore (1979)

Tömmel,S.: Zur Kritik an Marcuses Aufsatz "Marxismus und Feminismus".
Das Argument 17 (1975) 835-46

Török,M.: Die Bedeutung des "Penisneides" bei der Frau.
in: Psychoanalyse der weiblichen Sexualität
Hrsg. v. Chasseguet-Smirgel,J.
4.Aufl., Frankfurt (1979) 192-232

Uexküll,T.v., W.Wesiack: Psychosomatische Medizin und das Problem einer Theorie der Heilkunde.
in: Lehrbuch der psychosomatischen Medizin
Hrsg. v. Uexküll,T.v.
München,Wien,Baltimore (1979)

Vaught,G.M.: The relationship of role identification and ego strength to sex differences in the rod-and-frame test.
J.Personal. 33 (1965) 271-83

Verdenstudie: Strukturanalyse allgemeinmedizinischer Praxen.
Hrsg. v. Moehr,J.R., K.D.Haehn
Köln (1977)

Vestin,M.: Female and male roles: school and education.
in: Society, stress and disease; Vol. 3
Hrsg. v. Levi,L.
New York (1978) 242-9

Waelder,R.: Die Grundlagen der Psychoanalyse.
Stuttgart (1963)

Walther,H.: Krebsvorsorgeuntersuchungen beim Mann aus der Sicht des Dermatologen.
Therapiewoche 28 (1978) 4596-6oo

Weller,G.M., R.Q.Bell: Basal skin conductance and neonatal state.
Child Developm. 36 (1965) 647-57

Weicker,H.: Vererbung.
in: Klinische Pathophysiologie
Hrsg. v. Siegenthaler,W.
2.Aufl., Stuttgart (1973) 26

Weizsäcker,V.v.: Klinische Vorstellungen.
Stuttgart (1955)

Wright,D.S.: A comparative study of the adolescent's concepts of his parents and teachers.
Educ.Rev. 14 (1962) 226-32

Zander,J.: Geschlechtsbestimmende Faktoren: Das endokrine System der Frau.
Monatskurse ärztl.Fortb. 12 (1962) 432-8

Frau Professor Dr. med. ANNELISE HEIGL-EVERS,
Direktor der Psychotherapeutischen Klinik der
Universität Düsseldorf, die diese Arbeit anregte
und mich in allen Fragen ohne nachlassendes
Interesse beriet, danke ich herzlich für die stete
Unterstützung und die vielfältige Hilfe im Rahmen
der Betreuung dieser Arbeit sowie für die Übernahme
des Referates.

Herrn Professor Dr. med. CHRISTIAN VON FERBER,
Direktor des Institutes für Medizinische Soziologie
der Universität Düsseldorf, bin ich zu Dank verpflichtet
für die wertvollen Anregungen bei Durchführung und
Präsentation dieser Arbeit sowie für die Übernahme
des Korreferates.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Dr. med. HEINZ-HERMANN
MEIER, Facharzt für Allgemeinmedizin, ohne dessen
freundliches Entgegenkommen und persönliche Hilfe
der empirische Teil dieser Arbeit in dieser Form
nicht durchführbar gewesen wäre.

Lebenslauf

Als Sohn des Rechtsanwaltes Franz Greve und seiner Ehefrau Paula, geb. Kötte, wurde ich am 15.05.1956 in Münster/Westfalen geboren.

Von 1962 bis 1964 besuchte ich die katholische Volksschule St. Suitbertus in Ratingen und anschließend das altsprachliche Staatliche Görres-Gymnasium in Düsseldorf, wo ich im Juni 1974 die Reifeprüfung ablegte.

Zum Wintersemester 1974/75 immatrikulierte ich mich an der Universität Düsseldorf im Fach Humanmedizin.

Zum Sommersemester 1975 begann ich zusätzlich mit dem Studium der Philosophie an der Universität Düsseldorf.

Im August 1976 bestand ich das Physikum, im August 1977 den Ersten Teil und im März 1980 den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung.

Während des anschließenden Praktischen Jahres wurde ich an den Städtischen Krankenanstalten Krefeld in der Medizinischen, der Chirurgischen und der Gynäkologischen Klinik ausgebildet.

Am 07. April 1981 bestand ich den schriftlichen Teil und am 05. Mai 1981 den mündlichen Teil des Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung. Zum 01. Juni 1981 wurde mir die Approbation als Arzt erteilt.

Von 1978 bis 1981 arbeitete ich an der vorliegenden Dissertation "Gesundheitsverhalten und Geschlecht - Psychoanalytische Theoriebildung und empirische Studie zur geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer Dienstleistungen" bei Frau Prof.Dr.med. A. Heigl-Evers, Direktor der Psychotherapeutischen Klinik der Universität Düsseldorf.

Seit Oktober 1981 bin ich als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Neuroanatomie und Hirnforschung der Universität Düsseldorf bei Prof.Dr.med. A. Hopf tätig.

FOTODRUCK J. MAINZ — Telefon: (02 41) 2 73 05
Neupforte 13, Nähe Markt, 5100 Aachen